Nr. 21. 25. maja 1930. Rok IX.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## PRACE ORYGINALNE.

Dr. Aleksander DE ROSSET, asystent kliniki. Wilno.

### Myelosis funicularis a choroba Biermera.

Z I-ej kliniki wewnętrznej U. S. B.
Kierownik Prof. Zenon Orłowski.

Dokończenie.

Z biegiem czasu, im dalej posuwa się proces myelopatyczny, objawy nerwowe, tak pod-, jak i przedmiotowe, coraz bardziej nasilają się, grupując się w zespoły, często kolejno po sobie następujące. Zgodnie z tem dają się odróżnić (po za okresem początkowym, o czem była mowa wyżej) trzy odmiany rozwiniętej *myelosis funicularis:*

*Odmiana pierwsza — najwcześniejsza — spastyczna.* Zdaniem Naegelego i Binschwanger'a, odmiana ta należy do najrzadziej występujących, co znajduje się w sprzeczności z poglądami Curschmanna, który uważa ją za częstą. Zazwyczaj poprzedza ona rozwój odmian następnych, ale nie obowiązkowo, gdyż mogą one rozwinąć się i bez uprzedniego jej występowania. Postać ta wykazuje zazwyczaj następujący zespół objawów: 1) chód atakcyczno-spastyczny, niemożliwy bez pomocy osób trzecich, pociemku ewnt. bez kierowania kończynami dolnemi za pomocą wzroku, 2) Romberg — dodatni, ale nie obowiązkowo, 3) odruchy kolanowe i achillesowe znacznie wzmożone, 4) klonus stopy i rzepki, 5) odruchy patologiczne — Babiński, Oppenheim — zazwyczaj obustronne, jednakowe, 6) pewna hypertonja kończyn dolnych, 7) ich niezborność, 8) większe lub mniejsze zaburzenie orjentacji, 9) zaników mięśni zazwyczaj brak, 10) odruchy brzuszne zachowane, 11) kończyny górne wykazują mierny stopień zaburzeń czucia dotykowego i orjentacyjnego (nie zawsze), 12) porażeń brak, 13) objawy podmiotowe rozmaitego charakteru, nasilenia i umiejscowienia.

*Odmiana druga — spastyczno-paretyczna,* łączy zazwyczaj poprzednią z następną, lub też rozwija się od samego początku jako taka. Objawy: 1) pareza kończyn dolnych, 2) chód niepewny, paretyczno-ataktyczny, niemożliwy bez obcej pomocy, 3) Romberg — dodatni, 4) odruchy kolanowe i achillesowe ledwie zaznaczone, 5) Babiński — dodatni, zwykle obustronnie, 6) pewien stopień zaniku mięśniowego kończyn dolnych, 7) większy stopień dezorjentacji, 8) odruchy brzuszne w większości przypadków — zachowane, 9) zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca brak, 10) nasilenie i rozpowszechnienie się objawów podmiotowych, 11) niekiedy lekkie drżenie rąk i wypadanie odruchów *(m. triplicis).*

*Odmiana trzecia — paretyczna* rozwija się zwykle z poprzedniej. Jest ona końcową formą *myelosis funicularis.* Proces, postępując stale naprzód, wcześniej czy później może doprowadzić do całkowitej paraplegji (pseudotabes) 1) z zupełnym bezwładem kończyn dolnych, 2) z całkowitą ich arefleksją, 3) z zaburzeniami w oddawaniu stolca i *incontinentia urinae* na skutek porażeń pęcherza i odbytu, 4) z odruchami patologicznemi, 5) z silnie wyrażonemi zaburzeniami podmiotowemi.

Z tego krótkiego zestawienia, może nieco schematycznie ujętego, wynika, że z małemi wyjątkami (Kanisch) sprawa ogranicza się, jeżeli chodzi o objawy podmiotowe, do zaburzeń przeważnie ze strony kończyn dolnych. Zaburzenia te układają się w zespoły, stanowczo przemawiające za jednoczesnem wciągnięciem w proces zarówno słupów tylnych rdzenia, jako też i bocznych. Różnorodność więc objawów klinicznych *myelosis funicularis* będzie znajdowała się w związku nie tylko z rozpowszechnieniem się procesu w rdzeniu, lecz także i z mniejszem lub większem zajęciem poszczególnych jego powrózków. Przebieg cierpienia zazwyczaj typowy i powolny. Tylko w jednym przypadku Curschmanna przebieg był bardzo ostry i śmierć nastąpiła bardzo prędko śród objawów, przypominających w swych głównych cechach porażenie Landry'ego. Rozpoznanie więc tego cierpienia w rozwiniętych przypadkach nie nastręcza większych trudności, gdyż objawy zajęcia jednoczesnego słupów tylnych i bocznych są nazbyt jaskrawe; dla tego też słusznie zaznacza Nonne, że trudności rozpoznawcze mogą istnieć tylko w tych przypadkach, w których zajęte są li tylko słupy tylne, a obraz krwi jest normalny (tu jeszcze raz podkreślę ważne znaczenie rozpoznawcze badania soku żołądkowego). Do tego dodam, że pod względem djagnostycznym Déjèrinè dużą wagę przypisuje zaburzeniu czucia głębokiego przy normalnem powierzchownem czuciu. Tym t. zw. „zespołem długich dróg" według niego różni się *myelosis funicularis* od wiądu rdzenia, w którym cierpi przedewszystkiem czucie powierzchowne wskutek tego, że ulegają zmianom też i same korzonki tylne.

Tak oto przedstawia się symptomatologja *myelosis funicularis,* zgrupowana przezemnie w poszczególne odmiany na podstawie rozrzuconych danych dostępnego dla mnie piśmiennictwa obcego; nasze — świeci w tej sprawie prawie całkowicie pustkami: wzmiankę znajdujemy tylko w spostrzeżeniach klinicznych nad niedokrwistością złośliwą Landaua i Helda i w monografji Kleina oraz u Pryłuckiego. Dla ilustracji przytoczę historję choroby przypadku, znajdującego się dotychczas w I-ej klinice wewnętrznej U. S. B. pod moją obserwacją:

P. Felicja Sz. lat 60, wdowa (hist. chor. Nr. 192 z 1929/30 r.), zgłosiła się do kliniki 9 stycznia 1930 r. z powodu postępującego niedowładu kończyn dolnych oraz trudno poddających się ściślejszemu określeniu przykrych sensacyj tak ze strony tych kończyn, jak i innych miejsc tułowia, również kończyn górnych i głowy. Choroba rozpoczęła się stopniowo przed 3 laty. Początkowo chora odczuwała li tylko przykre sensacje w kończynach dolnych, zwłaszcza w okolicach łydek, pod postacią niby ściskania obręczami lub kłucia od czasu do czasu. Nieco później zjawiło się wybitne uczucie osłabienia w kończynach dolnych i pierwsze objawy niezborności, uniemożliwiające samodzielne poruszanie się zwłaszcza z zamrużonemi oczyma. Sprawiło to, że od listopada 1927 r. chora rzadko bardzo porzuca łóżko, nie będąc w stanie poruszać się bez obcej pomocy. W grudniu 1928 r. — 4 miesięczna poprawa, po której objawy wystąpiły z nowem nasileniem, przyczem dołączyło się uczucie odrętwienia i dosyć stałe bóle kostno-mięśniowe w kończynach dolnych. Od 2 tygodni odczuwa przykre sensacje w rozmaitych miejscach tułowia, kończyn górnych i głowy (mrowienie, kłucie, drętwienie, ściskanie palców, uczucie „oparzonego języka", uczucie gorąca i pieczenia w okolicach usznych i t. d.). Parę razy chora zauważyła przejściowe zażółcenie skóry. Uczucie rozpierania w dołku podsercowym, odbijania, wzdęcie brzucha. Łaknienie zachowane. Stolce ze skłonnością do zaparcia. Porodów odbyła 13 (2 pierwsze — kleszczowe). Poronień, krwotoków i wogóle na kobiece choroby nie cierpiała. Climax w 48 roku życia. Od dzieciństwa była zawsze bladą, tak że wciąż mówiono o blednicy. Ojciec zmarł na „żółtaczkę". Ogólne warunki życia niezłe. Badanie krwi w 1927 r. (w Warszawskiem laboratorjum „Omega") wykazało: HB — 30%, cz. ciał. 1, 518, 750, b. c. 4200, wsk. barw. 1, 2. Wybitna poikiloi anizocytoza, makro- i mikrocyty w dużej ilości, nieznaczna ilość megaloblastów, słaba polichromatofilja. Leczyła się wówczas zastrzykami arszeniku; parokrotnie robiono auto- i homoio-hemoterapjam. Powtórne badanie krwi 24 października 1929 r. wykazało: Hb — 64%, cz. c. 2,880,000, b. c.?, Index 1. 1. Odporność krwinek — H, — 0,46, H.,, — 0,36. Odporność Hb — 95,4. Wybitna poikiloi anizocytoza, makro- i mikro-cytoza; megalocytoza w stopniu średnim; anizochromemja z przewagą elementów hyperchromowych. Słaba polichromazja. Megaloblastów — brak. Ostatniemi czasy chora spożywała dobrze ugotowaną lub upieczoną wątrobę (sic!!), w dodatku bardzo nieregularnie.

Stan obecny: Chora budowy prawidłowej, wzrostu średniego, odżywienia miernego. Powłoki skórne nieco blade, spojówki i śluzówki ukrwione w stopniu dostatecznym. Zażółcenia skóry — brak. Źrenice równe, na światło i nastawność reagują dobrze. Odruch rogówki zachowany. Dno oka — norma. Wynaczynień siatkówki — brak. Język wilgotny, czerwony ze zmianami zanikowemi brodawek językowych zwłaszcza na brzegach bocznych. Pewna bolesność na dotyk w dolnej części mostka. Narządy oddechania i krążenia nic szczególnego nie wykazują. Brzuch miernie wzdęty, wątroba wystaje nieco z pod łuku żebrowego, gładka, niebolesna. Śledziona — nie macalna. Układ nerwowy; chód atakcyczno-spastyczny, niemożliwy bez obcej po-

mocy; zaburzenia orjentacyjne i bezład kończyn dolnych. Romberg dodatni. Zaburzenia czucia w stopniu nieznacznym. Odruchy kolanowe i achillesowe znacznie wzmożone. Obustronny klonus stopy i rzepki. Babiński i Oppenheim — dodatnie obustronnie. Hypertonja mięśni kończyn dolnych w stopniu miernym, zaników brak. Odruchy brzuszne zachowane, ruchy bierne i czynne kończyn górnych bez zmian z wyjątkiem lekko zaznaczonego omijania ręką lewą (próba palco-nosowa). Lekko zaznaczona hyperestezja kończyn górnych. Nieznaczna depresja, pozatem chora psychicznie jest zupełnie normalna. Nerwy czaszkowe żadnych uchybień od normy nie wykazują.

Badanie krwi 12. I. 1930 r. Hb — 78%, cz. c. 3,820.000, b. c. 6.100, wsk. barw. 1,02. Odporność krwinek: H, — 0,46 H,,, — 0,38. Odporność Hb — 81.9. Anizocytoza i poikilocytoza w stopniu miernym. Nieznaczna mikrocytoza. Sporo makrocytów, pewien stopień anizochromji. Polichromazji brak. Schilling: zas. 1%, kwas. 5%, myeloc. —, młod. —, pałeczk. 0,5%, wielojąd. 54%, limf. 35.5%, mon. 5%. Zwraca na siebie uwagę nadmierna segmentacja ciałek obojętnochłonnych[4]). Kolor surowicy — normalny, jak również i zawartość w niej bilirubiny (5 — wedł. Meulengrachta). Odczyn Wassermanna ujemny.

Badanie zawartości żołądka 14. I. 30. wykazało całkowitą achylję (og. kwas. 6, HCl wolny 0, HCl związany 0).

Badanie moczu. Mocz żółtego koloru, nieco mętny, c. g. 1,012. Białka, cukru — brak. Urobilina —, urobilinogen. ślady. W osadzie pojedyńcze leukocyty, nabłonki z dróg moczowych i moczany bezpostaciowe.

Stolec: jaj pasorzytów nie stwierdzono.

R o z p o z n a n i e k l i n i c z n e: *Morbus Biermeri in stadio remissionis. Myelosis funicularis in stadio spastico.*

W jakim stopniu typowym przedstawia się tylko co opisany przypadek, można wywnioskować przez porównanie go z przypadkiem, opisanym w roku ubiegłym przez C u r s c h m a n n a: od roku uczucie ciężaru i osłabienie kończyn dolnych. Chód niepewny. Badanie objektywne wykazało: skóra i błony śluzowe ukrwione dobrze tak, że n i e d a j ą w c a l e w r a ż e n i a a n e m j i. Brak objawów glossitis, brak też bólów w języku. Śledziona nie powiększona. Układ nerwowy: pareza obu kończyn dolnych, chód paretyczno-spastyczny, odruchy kolanowe i achillesowe ledwie zaznaczone, jednakowe. Babiński z obu stron dodatni. Nieznaczna anestezja obu kończyn dolnych. Odruchy brzuszne zachowane. Lekkie drżenie rąk. Źrenice, ruchy gałek ocznych, dno oka — norma. Wszystkie nerwy mózgowe — norma. WR ujemny. Krew: Hb 48%, cz. c. 2,336.000, b. c. 3.600, FI 1,02. Znaczna anizo- i poikilocytoza, innych zmian we krwi brak. Serumbilirubina norma. Odporność Hb 81.0. W moczu ślady urobilinogenu. *Achylia gastrica.*

Rozpoznanie Ch. B. było postawione na podstawie tylko bezsoku żołądkowego i obrazu hemomorfologicznego mimo braku objawów hemolitycznych (brak urobilinurji, serumbilirubina — norma). Wydaje mi się, iż przypadek ten o tyle różni się od naszego, że jeżeli chodzi o objawy nerwowe, to stanowi niejako jego ciąg dalszy — przejście naszej formy czysto spastycznej w formę paretyczną; jeżeli zaś chodzi o zmiany hematologiczne, to nie przedstawia okresu remisji, jak w naszym przypadku, lecz stanowi właśnie okres *„initialer Latenz"* w pojęciu C u r s c h m a n n a. Tu nadmienić muszę, że czysto spastyczne formy *myelosis funicularis* zdarzają się jakoby znacznie rzadziej. Opisuje, zresztą bardzo pobieżnie, jeden taki przypadek N a e g e l i a z pewnemi odchyleniami — też i C u r s c h m a n n.

Jaka jest anatomja patologiczna *myelosis funicularis?* O tem mamy, niestety, bardzo mało danych nawet w specjalnem piśmiennictwie anatomopatologicznem. Z nazwą *myelosis* lub *myelitis funicularis*[5]) w niem można spotkać się tylko wyjątkowo, co dowodzi że sprawą tą zajmowano się mało. M i n n i c h opisuje tylko ogniskowe zmiany w rdzeniu, związane bezpośrednio z naczyniami krwionośnemi. N a e g e l i, który stoi na stanowisku, że Ch. B. może być przyczyną powstania zaburzeń psychicznych, opisuje zmiany w mózgu pod postacią drobnych wybroczyn z drobnokomórkowem nacieczeniem dookoła i zwyrodnieniowemi zjawiskami ze strony przylegających komórek nerwowych. Podobne zmiany, według N a e g e l e g o, można znaleść również i w rdzeniu; przeważają w niem jednakowoż procesy zwyrodnieniowe zwłaszcza ze strony *medulla cervicalis* i przedewszystkiem w pęczkach tylnych. O ile zmianom ulegną długie drogi nerwowe, to, zdaniem N a e g e l e g o, powstaje wtórna degeneracja na znacznej przestrzeni.

W o h l w i l l, który może najwięcej ze wszystkich pracował nad psychopatologją pseudosystematycznego kombinowanego schorzenia powrózkowego, którem to mianem ochrzcił on *myelosis funicularis (pseudosystematische kombinierte Strangerkrankung)*, opisuje też szereg zmian mikroskopowych zarówno w komórkach nerwowych mózgu (deformację, chromatolizę, typowy obraz neuronofagji, anormalną pigmentację i t. d.), w glej i (głównie jej rozrost) i naczyniach krwionośnych, gdzie w przeciwieństwie do N a e g e l i'e g o, nie znalazł ani wybroczyn, ani drobnokomórkowego nacieczenia, stwierdził tylko znaczne ich rozszerzenie i wypełnienie. Ostatnio B r a u n zwrócił uwagę, że w większości przypadków Ch. B. można znaleźć pewne zmiany anatomiczne w mózgu, ale przeważnie niecharakterystyczne (rozrost gleji, ograniczone ogniska rozmiękczeniowe, powstałe po zatkaniu naczyń, ogniskowy rozpad komórek i t. d.). Tylko w pojedyńczych przypadkach Ch. B. można znaleźć w mózgu zmiany typowe dla *myelosis funicularis:* ogniska rozpadu zwyrodnieniowego, związane z naczyniami krwionośnemi i otoczone drobnokomórkowem nacieczeniem. Autor jednak podkreśla trudność połączenia tych zmian anatomicznych z objawami klinicznemi psychoz „anemicznych".

Nad anatomją patologiczną *myelosis funicularis* dużo pracowali S c h r ö d e r, H e n n e b e r g, H u r s t, N o n n e, K r o l l, S p i e l m e y e r i poniekąd R i s s e n. Większość autorów mówi o t. zw. „Strangsklerose" — o schorzeniu systematycznem pod względem anatomicznym — o zmianach li tylko zwyrodnieniowych w słupkach rdzeniowych. Jak wykazują badania mikroskopowe, zmiany te polegają na początkowem, zwykle jednoczesnem tworzeniu się nieprawidłowych ognisk w wielu miejscach istoty białej rdzenia przeważnie w bezpośrednim związku z naczyniami — *myelosis focalis* („naczyniowa teorja", forsowana zwłaszcza przez D é j è r i n é, J u m e n t i é i L o n g a), późniejsze zaś zlanie się tych ognisk prowadzi do rozwoju schorzenia systematycznego — *myelosis funicularis.* Procesowi ulegają najczęściej jednocześnie słupy tylne i tylna połowa słupów bocznych. Rzadziej bywają zajęte wyłącznie słupy tylne, lub też drogi piramidowe i móżdżkowe, jak to spostrzegali S t r ä u s l e r i S c h i l l i n g, który też znajdywał podobne zmiany i w części słupów przednich. Nigdy natomiast (E w a n s) nie znajdowano zmian, ograniczających się wyłącznie do słupów przednich. Według W o h l w i l l a, niektóre miejsca słupów — i to ma być charakterystyczne — pozostają wolne: mianowicie wąski pas dookoła substancji szarej, zewnątrz- i wewnątrzrdzeniowe okolice korzonkowe oraz *zona Lissauera.* Ma to być ważną oznaką różnicową od wiądu rdzenia *(tabes dorsalis)* i innych schorzeń systematycznych rdzeniowych.

Dla ścisłości dodam, że niektórzy autorzy, zwłaszcza W o h l w i l l, K r o l l, J u m e n t i é stanowczo nie zgadzają się z poglądem, że *myelitis funicularis* jest schorzeniem systematycznem. Twierdzą oni, iż samo określenie *„myelitis funicularis"* jest zupełnie błędne. Błędność I-ej połowy określenia *„myelitis"* wynika z samego charakteru zmian anatomopatologicznych, błędność drugiej połowy — *funicularis* — wynika z ich badań, podczas których stwierdzili oni istnienie zmian degeneracyjnych nie tylko długich dróg nerwowych, lecz też i krótkich włókien wewnętrznych dróg po części komisuralnych, za czem klinicznie przemawiałby częsty brak odruchów ścięgnowych z trudno poddającemi się określeniu zaburzeniami czuciowemi. Jeżeli jeszcze wziąć pod uwagę początkową ogniskowość zmian anatomicznych, to ma kompletną rację bytu i przewagę nad *„myelitis funicularis"* określenie schorzenia słowem „pseudosystematyczne": *„kombinierte pseudosystematische Strangdegeneration"* (W o h l w i l l), a w przypadkach, przebiegających ze zmianami mózgowemi — *„pseudosystematische diffuse cerebrospinale Degeneration"* (K r o l l).

W każdym bądź razie zmiany anatomiczne w ogromnej większości przypadków ograniczają się ściśle do istoty białej rdzenia, zdarzają się jednak przypadki typowe (K r o l l, E w a n s), w których znajdowano zmiany i w istocie szarej zwłaszcza w rogach przednich, a niekiedy i w korzonkach odchodzących od nich. Do wyjątkowych należy przypadek J o n g a, w którym chory cierpiał na daleko posuniętą paraplegję ze zjawiskami zwyrodnieniowego zaniku mięśni. Badanie pośmiertne rdzenia nie wykazało w nim zmian anatomicznych, któreby mogły usprawiedliwić istnienie objawów nerwowych za życia. Autor przeto wytłómaczył je sobie istnieniem toksycznej polineuryty. N o o r d e n, Z a d o r

---

[4]) To, t. zw. przesunięcie na prawo wzoru Schillinga jest bardzo charakterystycznym objawem Ch. B. Według S c h u l t e n a, jeżeli w rozmazanym zabarwionym preparacie krwi znajdujemy dużo leukocytów o 5 albo więcej podziałach jądra, to okoliczność ta silnie przemawia na rzecz Ch. B.

[5]) Wyżej już zaznaczyłem, że więcej właściwą nazwą jest nazwa *myelosis*, a nie *myelitis*, a to przedewszystkiem z punktu widzenia anatomo-patologicznego.

i inni znajdowali zmiany degeneracyjne też i w obwodowym układzie nerwowym.

„Powikłania" nerwowe, występujące w Ch. B., a będące wyrazem mniej lub więcej posuniętej *myelosis funicularis,* mają ogromne znaczenie tak praktyczne jak i teoretyczne. Praktyczne ich znaczenie sprowadza się do znaczenia prognostycznego. Zawdzięczając amerykańskim uczonym Whipple'jowi, Minot'owi i Murphy'emu mamy obecnie potężny środek do walki z Ch. B. Nie wchodząc bliżej w szczegóły działania tej terapji, kwestji bardzo modnej w dobie obecnej i roztrząsanej w najrozmaitszy sposób, należy uznać jednak, że terapja wątrobowa, jeżeli nie ulecza całkowicie chorego, to w każdym razie w ogromnej większości przypadków, racjonalnie zastosowana, daje możność nieraz na szereg lat odciągnąć fatalny koniec, o ile tylko — właśnie o ile tylko — nie rozwiną się objawy *myelosis funicularis.* Wpływając bardzo dodatnio na ogólny stan chorego i doprowadzając jego obraz hematologiczny nie tylko do stanu normalnego ale często nawet do policytemji, kuracja wątrobowa w większości przypadków absolutnie nie wpływa na objawy rdzeniowe. Liczne spostrzeżenia, poczynione w ostatnich latach w tym kierunku, (Curschmann, Strieck, Krause, Sträusler, Schulten, Schottmüller i inni) wykazały, że w ogromnej większości przypadków objawy rdzeniowe prędzej czy wolniej, ale stale posuwają się naprzód, mimo, że morfologiczny obraz krwi pod wpływem terapji wątrobowej może stać się prawie normalnym. Dotyczy to nie tylko ciężkich przypadków Ch. B. z daleko posuniętemi zmianami we krwi i wybitnie rozwiniętemi objawami *myelosis funicularis,* ale też i przypadków z dopiero co rozwijającemi się objawami rdzeniowemi i do tego stopnia nieznacznemi zmianami ze strony krwi, że stanowią one bez specjalnego badania hematologicznego poważne trudności w rozpoznawaniu. Na takie właśnie przypadki, które, jak mówiłem, Curschmann określa mianem „Biermererkrankung im Stadium der initialen Latenz", szczególną uwagę zwracali jeszcze Minnich i Nonne. Wobec braku wpływu kuracji wątrobowej na przebieg *myelosis funicularis,* nieznaczne początkowo spastyczne lub paretyczne objawy nierzadko kończą się całkowitą paraplegją, która staje się często pośrednią lub bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego, mimo że obraz krwi pod wpływem kuracji może stać się prawie normalnym lub nawet policytemicznym. Jest to zrozumiałe, gdyż odporność chorych, wobec toczącego się procesu myelopatycznego, zostaje bardzo upośledzoną na grypę, na wszelkiego rodzaju zakażenia septyczne i t. d., a to skutkiem obniżenia wegetatywnotroficznych procesów (Krause, Schilling, Seyderhelm, Schulten). Nic więc dziwnego, że w dobie obecnej cierpiący na Ch. B. giną zazwyczaj nie od zmian anemicznych, lecz od rozmaitych wtórnie rozwijających się procesów, jak naprz. ciężkich odleżyn, zatkania żył, ciężkich zakażeń dróg moczowych i t. d. zwłaszcza zaś wtórnych pneumonij. Stan więc układu nerwowego cierpiących na Ch. B. ma w rokowaniu decydujące znaczenie. Nie wszyscy jednak autorzy zapatrują się tak pesymistycznie. Entuzjaści kuracji wątrobowej na czele z Minot'em i Murphy'em mają całkiem odmienne zapatrywania. Jeszcze Naegeli, a ostatnio Blaschy stwierdzili, że nawet ówczesna terapja arszenikowa przyczyniała się niekiedy do wybitnego polepszenia objawów rdzeniowych, wynalazcy zaś terapji wątrobowej, — jak również Schilling, Salms, Blaschy i niektórzy lekarze z kliniki Hisa jakoby nieraz stwierdzili ustąpienie parestezyj, zmniejszenie się bezładu kończyn dolnych, zjawianie się odruchów (Rosenow), ba! nawet w przypadkach, w których zmiany rdzeniowe były daleko posunięte, pewną poprawę, jakkolwiek niezupełne ustąpienie, objawów nerwowych. W każdym razie nigdy nie spostrzegali oni dalszego ich rozwoju i pogorszenia. Ostatnio Seyderhelm podaje, że, aczkolwiek w większości przyp. kuracja wątrobowa zostaje bezsilną wobec *myelosis funicularis,* to w pojedyńczych przypadkach zwłaszcza odmiany paretycznej można osiągnąć względne polepszenie, wówczas gdy odmiana spastyczna zazwyczaj kompletnie nie reaguje. Podobne spostrzeżenia opisali też Hubert, Mason, Lottig, Block, Krehl i inni. Kanisch obserwował przypadek z objawami ciężkiej *myelosis funicularis,* w którym po 3,5 miesięcznej kuracji wątrobowej objawy rdzeniowe uległy tak znacznemu polepszeniu, że chory przed tem całkiem bezwładny, mógł ruszać się i chodzić.

Podobny przypadek opisał Solms, a ostatnio i Pryłucki. Niektórzy autorzy, jak Cahen, Greinacher, Warburg, i Jörgensen stwierdzili też znaczne polepszenie funkcyj psychicznych, skutkiem czego uważają wystąpienie ich za czynnik mało obciążający rokowanie, a kurację wątrobową — tak samo swoistą dla zaburzeń nerwowych, jak i dla zmian hematologicznych.

Z tego krótkiego zestawienia widzimy jak rozbieżne są w tej sprawie poglądy poszczególnych autorów. Co do naszego przypadku, to chora leży w klinice już z górą 2 miesiące, a od 1,5 miesięcy spożywa codzień 250,0 g wątróbki. Mimo to dotychczas nie stwierdziliśmy polepszenia stanu nerwowego, raczej przeciwnie nastąpiło pogorszenie, gdyż objawy spastyczne zmniejszyły się (odruchy osłabły, klonus stopy i rzepki — ledwie zaznaczony), wystąpiły objawy paretyczne (znaczna hypostezja okolicy odbytu i międzykrocza, tak że chora nie odczuwa że oddaje stolec).

Nie odrzucając możliwości polepszenia objawów nerwowych, przynajmniej w początkowych okresach, które, zdaniem Collier'a, nie są zależne od zmian anatomicznych w ośrodkowym układzie nerwowym, musimy jednak zastanowić się czy polepszenia owe należy uznać za wynik bezpośredniego dodatniego wpływu wątroby na układ nerwowy ośrodkowy czy też chodzi tu tylko o czynnościowe polepszenie przez podniesienie ogólne sił chorego. Dawidson i Gulland tłomaczą polepszenie tabetycznych postaci *myelosis funicularis* podniesieniem stanu napięcia mięśniowego. Blaschy zaś przypisuje poprawę zaburzeń czuciowych i ataktycznych nie polepszeniu stanu ogólnego chorego i nie znikaniu zmian anatomicznych rdzeniowych, lecz polepszeniu zmian czynnościowych w ośrodkowym układzie nerwowym przez wzmożenie krążenia krwi i limfy, co podnosi odżywianie odnośnych tkanek, zwalnia je od produktów rozpadu i kolateralnego obrzęku. Według Sträuslera wpływ kuracji wątrobowej zależy od tego, czy włókna nerwowe rdzenia uległy całkowitemu zanikowi czy nie: w pierwszym przypadku żadna terapja nic nie wskóra, w drugim zaś może nastąpić polepszenie, wzgl. zniknięcie objawów nerwowych. Kroll uważa, że polepszenie kliniczne możliwe jest dopóty, dopóki sprawa patologiczna nie wychodzi poza wewnątrzrdzeniowe krótkie drogi, których system posiada wielkie możliwości kompensacyjne, skutkiem czego kliniczne zaburzenia mogą być lotne, przejściowe, tak że z łatwością mogą być przyjęte za czynnościowe. Trzeba więc uznać, że sprawa nie jest rozstrzygnięta i że wymaga ona dalszej obserwacji przez dłuższy czas na dużym materjale.

Możność cofnięcia się objawów, które są wyrazem zmian zwyrodnieniowych w rdzeniu, wydaje mi się a priori bardzo wątpliwą: zdaniem mojem różny wpływ kuracji wątrobowej na zwyrodnieniowe zmiany krwi i rdzenia zależy od różnej regeneracyjnej zdolności tych tkanek: jednej — mezenchymalnej — krwi, łatwo odradzającej się, drugiej zaś — ektodermalnej — rdzenia, stojącej pod tym względem na przeciwległym biegunie.

Brak wpływu kuracji wątrobowej na objawy rdzeniowe ma też pewne znaczenie i z punktu widzenia teoretycznego. Różne zachowanie się względem wątroby z jednej strony obrazu krwi, z drugiej — objawów rdzeniowych, zdaniem Curschmanna, potwierdza stary pogląd Minnicha, że zmiany anemiczne i nerwowe (rdzeniowe) są w łączności ze sobą; wywołuje je wspólna toksyczna przyczyna, która jednego razu działa na krew, innym razem — na rdzeń, jeszcze innym — na rdzeń i krew jednakowo i jednocześnie. Klinicznie zaznacza się to często niezależnym dalszym przebiegiem tych spraw patologicznych, a według Hurst'a też i 100% występowaniem bezsoku żołądka w obydwóch przypadkach. Potwierdzenie tego faktu Nonne i Curschmann upatrują właśnie w tych przypadkach, w których objawy rdzeniowe powstają bardzo wcześnie niekiedy na kilka lat przed wystąpieniem wyraźnych objawów anemicznych. Z drugiej strony spostrzeżenia te obalają pogląd Henneberga, który uważał, że anemja doprowadza do zaburzeń odżywiania rdzenia, a przeto zmniejsza jego odporność względem czynnika wywołującego. Przeczy temu poglądowi i spostrzeżenie Curschmanna, który stwierdził, że nawet w bardzo ciężkich anemjach wtórnych — nie toksycznych — i leukemicznych zmiany rdzeniowe zdarzają się nadzwyczaj rzadko. Że w powstawaniu tych zmian rdzeniowych odgrywa dużą, jeżeli nie wyłączną, rolę intoksykacja, a nie sama anemja tylko, najlepiej, zdaniem wielu autorów, dowodzi fakt możliwości istnienia ich nie tylko w Ch. B., lecz i w innych toksemicznych schorzeniach (choroby tasiemcowe, malarja podzwrotnikowa, raki, etc.). Nie bez znaczenia są i inne czynniki wewnętrzne, przedewszystkiem zaś usposobienie konstytucyjne, często występujące dziedzicznie i powodujące różną odporność poszczególnych dróg i ośrodków nerwowych względem wpływów toksycznych. Tem się objaśnia występowanie wzgl. brak objawów nerwowych u poszczególnych chorych.

Na zakończenie podam pogląd Simonsa i Bielchowsky'ego, którzy przyszli do wniosku, że te zwyrodnieniowe toksyczne procesy, których wyrazem są zmiany tak hemo-, jak i myelopatyczne, powstają dzięki toksynom, prowadzącym do rozpadu kompleksy lipoidalne krwi i włókien nerwowych (absorbując cholesterynę?), powodując tem samem uszkodzenie ich budowy anatomicznej. Na podstawie tych badań, jak również badań Burdenko i Mogilnitzkiego nad powstawaniem zaburzeń wydzielniczych żołądka pod wpływem zmian w układzie nerwowym, niektórzy, zwłaszcza Kroll i Zador, zbudowali teorję neurogennego pochodzenia Ch. B. tłómacząc uszkodzeniem układu wegetatywnego nie tylko bezsok żołądka i glossitis, lecz i zmiany hematologiczne, twierdząc przytem, że w większości „kryptogennych" przypadków Ch. B. chodzi właśnie o takie „neurogenne postacie". Według tej teorji zmiany hematologiczne narówni z bezsokiem żołądka stanowią tylko jeden z objawów rozlanej mózgordzeniowej degeneracji (*degeneratio diffusa cerebrospinalis*), zależny od pewnego umiejscowienia procesu chorobowego w ośrodkowym układzie nerwowym.

Miejmy nadzieję, że najbliższa przyszłość przyniesie rozwiązanie tych wątpliwości tak ważnych pod względem teoretycznym i praktycznym.

Wnioski:

1. Ze względu na stan obecnej wiedzy stare hematologiczne określenie Ch. B. — *anaemia perniciosa* — (Ehrlich) winno być zaniechane, jako nazwa określająca schorzenie mianem objawu *(pars pro toto)*, występującego niekiedy w całkiem odmiennych cierpieniach (np. schorzenia tasiemcowe itd.) niekiedy zaś brakującego w schorzeniach jego mianem ochrzczonego.

2. Zaburzenia nerwowe, będące wyrazem zmian zwyrodnieniowych w ośrodkowym układzie nerwowym, przyjmując pod uwagę częstość ich występowania w Ch. B. i wielce prawdopodobną wspólność podłoża przyczynowego, powinny przejść z grupy powikłań do stałego zespołu objawów Ch. B. narówni z bezsokiem żołądkowym, swoistemi zmianami krwi, języklem Huntera i ogólnym *habitus* chorego.

3. Zaburzenia nerwowe w Ch. B. t. zw. *Myelosis funicularis*, mogą występować w 3 odmianach często kolejno po sobie idących: odmiana spastyczna, spastyczno-paretyczna, paretyczna.

4. W przypadkach wątpliwych schorzeń rdzeniowych względnie mózgowych o niejasnej etjologji i nietypowym przebiegu dla uniknięcia błędów rozpoznawczych bezwzględnie konieczne jest badanie krwi nie tylko na WR, lecz i cytologiczne, jak również i badanie soku żołądkowego, bezsok żołądka bowiem jest najstalszym i najwcześniejszym objawem Ch. B.

5. Brak wyraźnych swoistych zmian hematologicznych wobec istnienia innych klasycznych objawów Ch. B. nie powinien wzbudzać bezwzględnych wątpliwości djagnostycznych co do istnienia tego schorzenia.

6. Wobec faktu bezskuteczności kuracji wątrobowej w ogromnej większości przypadków *myelosis funicularis* wystąpienie objawów rdzeniowych w Ch. B. jest *signum mali ominis*, gdyż rokowanie znacznie się pogarsza.

7. Brak wpływu kuracji wątrobowej na *Myelosis funicularis* zaprzecza przyczynowości i specyficzności tej kuracji, sprowadzając ją tylko do terapji objawowej, usuwając jeden (co prawda, groźny) objaw, nie wpływając natomiast na toksemiczną istotę samego cierpienia.

Na zakończenie uważam za miły obowiązek złożyć memu Szefowi, kierownikowi kliniki P. Prof. Zenonowi Orłowskiemu, najserdeczniejsze podziękowanie za zwrócenie mojej uwagi na ten przypadek, za zachętę do opublikowania go i za te cenne wskazówki i rady, z których korzystałem podczas wykonania tej pracy.

*Piśmiennictwo:*

Beránek: wed. ref. Med. Klinik 1929, N. 30. — Binschwanger: Zeitschr. f. kl. Med. B. 105. — Black: Med. Kl. 1929, N. 34. — Blaschy: Münch. Med. Woch. 1930, N. 5. — Boedecker und Juliusberger: Archiv. f. d. ges. Psych. 1914, B. 30. — Braun: Münch. Med. Woch. 1930, N. 9. — Broun: Ztrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1928, B. 49. — Brugsch: Erg. d. ges. Med. 1929, B. 13. — Brugsch und Pappenheim: Spec. Path. u. Ther. inn. Krankh. 1920, B. VIII, X. — Burdenko und Mogilnitzki: Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1926, 13. 103. — Collier: Brain 1925, Vol. 48. — Curschmann: Med. Kl. 1920, N. 38; Med. Kl. 1929 N. 46; Münch. Med. Woch. 1929 N. 44. — Déjèrine et Jumentié. Rev. Neurol. 1914, T. 27. — Douglas Mc Alpine: Dtsch. Med. Woch. 1929, N. 44. — Emil Weil. Cahen: wed. ref. Now. Lek. 1928, N. 18. — Ewans: Pernicious Anemia. London. 1926. — Gerhard: Dtsch. Ztschr. f. Nervenh. 1921 B. 71. — Greinacher und Klieneberg: Ztrbl. f. inn. Med. 1928, N. 51, 52. — Holler: Wien. klin. 1924, N. 26. — Holler und Gottfried: Ztschr. f. kl. Med. 1926, B. 103. — Henneberg: Arch. f. d. g. Psych. 1904, B. 32 i 40. — Hurst: Brain 1925, Vol. 48, Ztrbl. f. d. g. Neur. u. Psych. 1928 B. 49. — Jong: Ztrbl. f. d. g. Neur. u. Psych. 1928, B. 49. — Kanisch: Ztrbl. f. d. g. Neur. u. Psych. 1928, B. 49. — Klein: Medycyna 1928, N. 49—50. — Kluge: Ztrbl. f. d. g. Neur. u. Psych. 1928, B. 48. — Krause: Klin. Woch. 1929, N. 47. Münch. med. Woch. 1929, N. 30. — Krehl: Dtsh. med. Woch. 1930, N. 2. — Kroll: Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 1926, B. 106. — Landau i Held: Warsz. Czas. Lek. 1929 Nr. 36, 37. — Lauterbach: Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 1925. B. 95. — Lenhart: z. Münch. med. Woch. 1930, N. 3. — Lichtheim: Ztrbl. f. allg. Pathol u. pathol. Anatomie 1887, B. 1. — Long: Rev. Neurol. 1912, T. 23. — Lottig: Dtsch. Nervenh. 1928, B. 105, Münch. med. Woch. 1930, N. 3. — Lube: Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 1913, B. 46. — Marcus: Neurol. Ztrbl. 1903. s. 453. — Minnich: Ztschr. f. kl. Med. B. 21, 22. — Morawitz: Dtsch. Arch. f. kl. Med. 1928. B. 159, Münch. med. Woch. 1923, N. 8. — Morawitz und Seyfarth: Neue Deutsche Klinik 1928, B. I. — Naegeli: Blutkrankheiten. und Blutdiagnostik. Berlin. 1923. — Natanson: Dtsch. med. Woch. 1928, N. 18. — Nonne: Arch. f. d. g. Psych. 1897, B. 25, 29. Neurol. Ztrbl. 1910, B. 29. Ztrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1928, B. 49. — Prylucki: Medycyna Warszawska 1930, N. 5. — Rosenow: Münch. med. Woch. 1927, N. 36, 1928 N. 19. Med. Kl. 1928. N. 1. — Rosling: wed. ref. Ztrbl. f. inn. Med. 1930. N. 8. — Schilling: Med. Kl. 1927, N. 12, Kl. Woch. 1928 N. 19, Dtsch. med. Woch. 1929, Nr. 41. — Schottmüller: Münch. med. Woch. 1929, N. 31. — Schulten: Münch. med. Woch. 1929, N. 31. — Seyfarth: Münch. med. Woch. 1928, N. 3, Dtsch. Arch. f. kl. Med. 1928, B. 159. — Seyderhelm: Dtsch. med. Woch. 1929, N. 41, 1928, N. 19. Kl. Woch. 1928, Nr. 1. Erg. d. ges. Med. 1929, B. 13. — Siemerling: Arch. f. d. g. Psych. B. 45. — Spielmeyer: Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 1914, B. 25. — Solms: Dtsch. med. Woch. 1928. N. 31. — Sträusler: Med. Kl. 1929, s. 620. — Strieck: Med. Kl. 1924, N. 44. — Warburg und Jörgensen: Med. Kl. 1930, N. 4. — Wissler: Ztrbl. f. inn. Med. 1928, N. 3. — Wohlwill: Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. 1912, B. 8. — Wörpel: Ztschr. f. kl. Med. 1927, B. 105. — Zadek: Dtsch. med. Woch. 1922, N. 9, Med. Kl. 1928. N. 19. — Zador: Med. Kl. 1929. N. 28. — Wskutek braku w Wilnie odpowiednich bibljotek autorów, nie wykazanych w piśmiennictwie a wymienionych w tekście, cytowano z prac Naegeli'ego, Wohlwilla, Curschmanna, Krolla.

---

## WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Edward EHRENPREIS, lekarz zdrojowy w Krynicy.

### Zasady leczenia cukrzycy w zdrojowiskach z uwzględnieniem Krynicy.

Wysyłanie cukrzycowych do zdrojowisk w celach leczniczych datuje się od czasu, kiedy wogóle poznano cukrzycę jako jednostkę chorobową, a jeżeli i dzisiaj, kiedy ścisłe badania nad przemianą materji w ustroju ludzkim wykazały już przyczynę cukrzycy, miarodajne zdrojowiska nadal przepełnione są tymi chorymi, to fakt ten najlepiej przemawia za korzystnym wpływem leczniczym, jaki zdrojowiska wywierają na ustrój cukrzycowych i samą cukrzycę.

Z biegiem czasu zmieniły się naturalnie poglądy na sposób i istotę działania; podczas gdy dawniej główną rolę w uzyskaniu dobrych wyników leczenia zdrojowiskowego przypisywano piciu możliwie dużych ilości wód mineralnych, wiemy już dzisiaj, że czynnik ten choć ważny — jest jednak tylko pomocniczym, działającym skutecznie w zespole innych jeszcze ważniejszych czynników zewnętrznych.

Zdrojowiskiem, które już bardzo dawno uchodziło jako najskuteczniejsze dla cukrzycowych jest Karlsbad, którego liczne ciepłe naturalne źródła alkaliczne miały mieć wprost osobliwy wpływ leczniczy. Zauważono mianowicie, że istotnie wielu cukrzycowych wracało po kilkutygodniowym pobycie w Karlsbadzie ze znaczną poprawą i to nie tylko stanu ogólnego ale i wy-

trzymałości na węglowodany, tak że chorzy ci oddziaływali przez pewien czas po odbyciu leczenia, przy tej samej ilości podawanych węglowodanów znacznie mniejszym cukromoczem aniżeli przed leczeniem. Podobne wyniki zauważono także po pobycie w innych zdrojowiskach posiadających źródła alkaliczne lub alkaliczno-słone, szczególnie zaś w tych, które prócz tego, ze względu na swe położenie i inne czynniki lecznicze okazywały warunki sprzyjające chorym.

Wychodząc pierwotnie z założenia, że główną rolę w tem leczeniu i jego dobrych wynikach odgrywają same wody mineralne, stosowano je w domu leczonych tem bardziej, że przecież nie wszyscy cukrzycowi mogli lub byli w stanie wyjeżdżać do zdrojowisk. Doświadczenia w tym kierunku prowadzone wypadły jednak albo zupełnie ujemnie, albo wykazywały niewielki tylko wpływ stosowanych wód alkalicznych na ilość wydzielanego cukru.

Podobne spostrzeżenia poczynili także lekarze, którzy mieli sposobność spostrzegania tychsamych chorych po leczeniu przeprowadzonem w zdrojowiskach i w domu — i prawie wszyscy stwierdzili zgodnie, że działanie wód mineralnych pitych w domu było nieznaczne a osiągnięte wyniki w kierunku poprawy choćby tylko cukromoczu, były przeważnie bardzo krótkotrwałe, podczas gdy tesame wody pite w zdrojowiskach przy źródle dały wyniki zwykle znacznie korzystniejsze i dłużej trwające.

Ujemne wyniki leczenia domowego tłómaczono rozmaicie. Jedni odnosili je do zmienionego składu chemicznego stosowanych wód po dalekich czasem przesyłkach i długiem leżeniu w składach aptecznych. Inni sądzili, że przy leczeniu w domu pije się odnośne wody mineralne — z braku czasu — cierpliwości — zajęć domowych i innych powodów, zbyt chłodne — i powoływali się na to, że czasem już systematyczne picie przez czas dłuższy, zwykłej wody, ale gorącej i w większej ilości, jest w stanie zmniejszyć cukromocz. Niektórzy znowu przypisywali główny wpływ leczniczy radjoaktywności wód mineralnych pitych przy źródle, który to czynnik znika jednak prawie zupełnie z powodu wstrząśnień podczas przewózki tych wód. Badania kliniczne wykazały jednak, że przez podawanie cukrzycowym bardzo wielkich nawet ilości płynów z emanacją radową nie udaje się usunąć cukromoczu, lub go nawet zmniejszyć.

Minkowski tłómaczył leczniczy wpływ wód mineralnych ich chemiczno-fizycznym składem, z powodu którego one wywołują w sokach ustroju pewne zmiany elektrolityczne, ułatwiające przemianę dextrozy. Arnoldi wychodząc z założenia, że przeładowanie cukrem krwi zostaje do pewnego stopnia spowodowane zmniejszoną przepuszczalnością powierzchni komórkowych, przypuszcza, że wody mineralne zwiększają w następstwie pewnych zmian w substancji międzykomórkowej, ułatwiając odpływ cukru do tkanek.

Roubitschek znowu tłómaczy zmniejszenie się hyperglikemji po systematycznem piciu większych ilości ciepłej wody alkalicznej przy źródle, zwiększeniem zasobów alkalicznych w osoczu krwi, a nadto pośredniem działaniem ciepła, kwasu węglowego i soli zawartych w tych wodach na trzustkę przez wywołanie w niej przekrwienia, a temsamem poprawy jej czynności w kierunku wzmożonego wydzielania wewnętrznego.

Wszystkie te badania i spostrzeżenia nad wpływem soli i wód mineralnych na przemianę materji, w szczególności na przebieg wytwarzania i zużycia cukru w ustroju cukrzycowych, nie wyszły jednak poza sferę przypuszczeń i nie wykazały na czem to działanie polega, i czy je wogóle należy odnieść tylko do picia wody mineralnej przy leczeniu zdrojowiskowem, i czy dobre wyniki takiego leczenia nie zależą jeszcze od innych czynników sprzyjających leczeniu w zdrojowiskach.

Pytanie to wyjaśniły do pewnego stopnia miarodajne spostrzeżenia kliniczne nad wielkim wpływem, jaki na powstanie i przebieg cukrzycy ma układ nerwowy, praca mięśniowa, odżywianie i inne jeszcze czynniki. I tak znane są przypadki powstania przejściowego cukromoczu lub pogorszenia istniejącej cukrzycy po wstrząsach psychicznych, stany które bez umyślnego leczenia, ale tylko przez zmianę otoczenia i uspokojenie chorych — szybko mijają. Wiemy dalej, że ludność w miastach częściej zapada na cukrzycę aniżeli we wsiach, że wyczerpująca praca umysłowa częściej ją wywołuje aniżeli praca fizyczna, że u ludzi odżywiających się zbyt obficie, cukrzyca wcześniej występuje aniżeli u innych.

Wszystkie te spostrzeżenia nasunęły wniosek, że samo tylko picie wód mineralnych odgrywa w leczeniu zdrojowiskowem rolę drugorzędną, lwią zaś część dobrych wyników odnieść należy — do wielu jeszcze innych czynników, jak zmiana dotychczasowego otoczenia chorego, dobre górskie powietrze, sposobność do pracy fizycznej przez częste przechadzki, spokojny sposób życia zdala od trosk i zajęć codziennych, nadto odpowiednie częste kąpiele względnie inne zabiegi, a wreszcie chęć i silna wola leczonego do przestrzegania przepisów dietetycznych, jakoteż dokładnego odbycia leczenia dla którego przecież umyślnie przyjechał do zdrojowiska.

A więc nie samo tylko picie wody mineralnej, ale cały ten zespół powyżej wyliczonych czynników, którego sobie w domu zwykle stworzyć nie można, któremi natomiast rozporządzają zdrojowiska, jest też przyczyną tej wielkiej różnicy między wynikami osiąganemi przy leczeniu w zdrojowiskach a przy leczeniu domowem. Zapatrywanie to nie ulega już dzisiaj żadnej wątpliwości, a jeżeli i w zdrojowiskach wyniki lecznicze nie zawsze są korzystne lub nawet ujemne, to należy je odnieść do nieodpowiedniego doboru chorych wysyłanych — a jeszcze częściej zjeżdżających do zdrojowisk na skutek własnego postanowienia. Minęły już te czasy, kiedy cukrzycowi przyjeżdżali bezkrytycznie do Karlsbadu w przekonaniu, że wystarczy pobyć tam kilka tygodni, aby wyleczyć cukrzycę. Jest to bez wątpienia wielką zasługą Noordena, który uznając zresztą w zupełności znaczenie leczenia zdrojowego, główną uwagę zwrócił na przepisy odżywiania i przestrzegał tak lekarzy jak i leczonych przed przesadną wiarą w skuteczność leczenia zdrojowego w przypadkach ciężkich, dla których jedynem miejscem dla przeprowadzenia właściwego leczenia jest i pozostanie lecznica z kuchnią dietetyczną.

Do leczenia w zdrojowiskach nadają się przedewszystkiem przypadki lekkie i średnio ciężkie, względnie te przypadki cukrzycy, które z innych jeszcze powodów wymagają leczenia zdrojowo-kąpielowego. Dlatego też wybór zdrojowiska dla danego chorego nie zawsze jest obojętny, i dobrze zrobi lekarz domowy, jeżeli przed wysłaniem go do zdrojowiska nie ograniczy się tylko do stwierdzenia większego czy mniejszego cukromoczu, ale dokładnie zbada całego chorego i wybór miejscowości uzależni także od stanu ogólnego. Dla jednych bowiem wystarczy pobyt na świeżem powietrzu w spokojnem małem uzdrowisku, z którego wracają z nadzwyczajną poprawą — inni znowu wymagają leczenia w odpowiednio urządzonych zdrojowiskach. Tu osobiste doświadczenie lekarza — jego znajomość stosunków w danych zdrojowiskach, jakoteż dokładna ocena stanu somatycznego i psychicznego chorego powinny być dla wyboru zdrojowiska miarodajne.

Niemniej i lekarz zdrojowy obejmując leczenie cukrzycowego nie ograniczy się tylko do stwierdzenia stopnia cukrzycy, lecz równocześnie baczną uwagę zwrócić musi na cały ustrój.

Rozchodzi się przecież przeważnie o osobników już nie młodych, u których słaba konstytucja i wadliwa przemiana materji bardzo często oprócz cukromoczu powodują jeszcze inne niedomagania, dające się usunąć właśnie leczeniem zdrojowo-kąpielowem. I tak mogą odnośne wody mineralne mieć równocześnie wpływ korzystny na przewód pokarmowy, drogi żółciowe i moczowe, jakoteż skazę moczanową — która tak często występuje u cukrzycowych. Kąpielami kwasowęglowemi znowu możemy równocześnie leczyć narząd krążenia — hydro- i fizyko terapia zadziała korzystnie i skutecznie na układ nerwowy, słowem w zdrojowisku odpowiednio wybranem znajdzie każdy prawie cukrzycowy te różne środki lecznicze, które zawsze w połączeniu z przepisanem odżywianiem, są mu w stanie oddać znakomite usługi i w znacznym stopniu przyczynić się do osiągnięcia dobrych ogólnych wyników leczniczych.

Co się tyczy samej diety, to wiemy dobrze, że większość cukrzycowych z różnych powodów w małym tylko stopniu albo zupełnie nie przestrzega w domu przepisów, którym w zdrojowiskach bardzo chętnie się podaje i to tak co do ilości wogóle spożywanych pokarmów w szczególności zaś węglowodanów — jak i co do regularnego ich spożywania. Lekarz zdrojowy nie jest wprawdzie w możności zastosować u chorych stołujących się w pensjonatach i jadłodajniach ostrych przepisów dietetycznych — jak w lecznicach — niemniej jednak przepisuje dietę, która już sama przez się jest leczniczą. Tu należą przedewszystkiem te znane typy otyłych kuracjuszów z przejściowym lub stałym cukromoczem — u których już samo ograniczenie zbyt obfitego spożywania i kalorycznego przeładowania — są w stanie korzystnie wpłynąć na wadliwą cukrową przemianę materji i stan ich ogólny.

Przetłuszczenie ustroju uważano nawet dawniej jako przyczynę cukrzycy *„diabetes lipogenes"* — zapatrywanie naturalnie

błędnie — bo przecież nie każdy tłuścioch jest równocześnie diabetykiem, w każdym razie jednak zapatrywanie to wykazuje, że już w czasie kiedy nie znano tak dobrze przemiany materji — wiedziano, że między przetłuszczeniem ustroju a cukrzycą zachodzi jakiś związek. Dzisiaj wiemy, że przekarmienie może istotnie w następstwie zbytniego przeciążenia mniej wartościowej trzustki u osobników o słabej konstytucji — wywołać przejściowy cukromocz, a także przyspieszyć powstanie cukrzycy.

Minęły już te czasy, kiedy tuczono cukrzycowych, celem nagromadzenia w ustroju zapasów tłuszczu na okresy w których z różnych powodów zmuszeni będą obfite spożywanie ograniczyć Obecnie nie karmi się już cukrzycowego ani zbyt obficie w szczególności zaś niezbyt tłusto — stwierdzono bowiem, że kwasy tłuszczowe stanowią główne źródło wytwarzania w ustroju ciał acetonowych, — przekarmienie zaś osłabia jeszcze bardziej trzustkę — która wówczas z największym wysiłkiem musi pracować, aby pokryć żądane zapotrzebowanie hormonu, i że ograniczenie w diecie ciał białkowatych zwiększa nawet przyswajanie węglowodanów. Spostrzeżenia te — oparte zresztą na dokładnych badaniach klinicznych nad przemianą materji u odnośnych chorych, zmieniły też zupełnie przepisy dietetyczne dla cukrzycowych i wprowadziły je na właściwe tory t. zw. diety oszczędnościowej, zmierzającej do oszczędzenia trzustki. Istotnie u żadnego cukrzycowego nie można tak prędko osiągnąć dobrych wyników leczenia jak u otyłych, u których przez zastosowanie odpowiedniej diety odtłuszczającej osiąga się stopniowo — co jest bardzo ważne — znaczny nawet spadek wagi ciała. I tu znowu się pokazuje, że odtłuszczenie — poza leczeniem sanatoryjnem — najlepiej udaje się przeprowadzić w zdrojowiskach, gdzie chory znajduje najodpowiedniejsze warunki i czas. Chorzy sami to zresztą przyznają, że podczas gdy w domu nie są w stanie leczenia takiego przeprowadzić lub tylko z wielkim trudem — w zdrojowisku udaje im się to z łatwością, bez zbytniego zmęczenia i osłabienia.

Co się tyczy ogólnych przepisów dietetycznych to poprzedzić je powinno dokładne poznanie stanu przemiany materji leczonego — w chwili objęcia leczenia — przedewszystkiem zaś oznaczenie przyswajalności węglowodanów. Rozumie się samo przez się, że skrupulatne przeprowadzenie tych badań i sprawdzanie przepisanej diety możliwe są tylko w lecznicach lub odpowiednio urządzonych zakładach dietetycznych. Dlatego też należy przypadki ciężkie, w których hyperglykemia i glikozurja mimo ścisłej diety stale się utrzymują i łatwo występuje aceton — leczyć gdzie to tylko możliwe w zakładach. Chyba że chory taki przeszedł już te badania — jest dietetycznie dobrze wyszkolony i przyjedzie do zdrojowiska z dokładnem sprawozdaniem odnośnego zakładu — w celu dalszej poprawy stanu ogólnego względnie w celu leczenia zdrojowo-kąpielowego innego jeszcze cierpienia.

Do zdrojowiska przyjeżdżają jednak zwykle cukrzycowi z lżejszą cukrzycą. Także u nich, o ile oni nie przyniosą ze sobą odnośnych wskazówek lekarza domowego i nie są dietetycznie wyszkoleni, należy przedewszystkiem poznać nasilenie cukrzycy i starać się choćby w przybliżeniu oznaczyć przyswajalność węglowodanów. Badanie takie nie jest ani zawiłe, ani nie zabiera dużo czasu i przekonałem się, że chorzy w swoim własnym interesie chętnie się mu poddają, aby się dowiedzieć o wskazanem dla nich sposobie odżywiania.

Rozchodzi się przecież tylko o pierwsze 3—4 dni pobytu chorego w zdrojowisku — które zwykle wystarczają, aby się w danym przypadku rozglądnąć i odpowiednio do tego zastosować całe postępowanie.

Przepisywanie cukrzycowym diety na czas dłuższy, zaraz przy pierwszem badaniu, bez przeprowadzenia wstępnych badań, nie jest odpowiednie i nieraz spowoduje ujemne wyniki lecznicze, tam gdzie przy właściwem postępowaniu możnaby osiągnąć wyniki dobre. U leczonego zachwieje wiarę w możliwość uzyskania poprawy a wreszcie obniża w jego oczach samo zdrojowisko. Takie wstępne badanie celem oznaczenia tolerancji połączone ze ścisłą dietą zmierzającą do możliwego zupełnego odcukrzenia chorego — ma dla niego i tę wielką korzyść, że równocześnie działamy hamująco na przedrażniony nieodpowiedniem dotychczasowem żywieniem aparat cukrotwórczy i stwarzamy przez stopniowe jego obciążenie podstawę do rozbudowy właściwego a stałego odżywiania — tak, że chory w czasie swego pobytu w zdrojowisku nauczy się jadać odpowiednio i dietetycznie niejako wyszkolony będzie przestrzegał diety także po powrocie do domu — w szczególności jeżeli sam się przekona o dobrym wyniku z jakim ze zdrojowiska wyjechał. Wymaga to naturalnie pewnej inteligencji i wytrwałości ze strony pacjenta, jeżeli on bowiem raz w roku przyjedzie do zdrojowiska w przeświadczeniu, że wystarczy jeden miesiąc jadać odpowiednio — pić wodę mineralną i kąpać się — aby potem 11 miesięcy w jedzeniu grzeszyć — to poprawa jaką osiągnie w zdrojowisku bardzo szybko minie.

Co się tyczy leczenia cukrzycowych insuliną w zdrojowiskach, to wskazaną tu jest pewna ostrożność. Zasadniczo należy je ograniczyć do przypadków cięższych, w których insulinę wstrzykiwano już w domu i lekarz zdrojowy ma pod tym względem pewne wskazówki od lekarza domowego. Rozpoczynanie jednak leczenia insulinowego w zdrojowisku — o ile się rozchodzi o stosowanie ambulatoryjne nie jest odpowiednie, gdyż nigdy nie można przewidzieć odczynu u danego leczonego. Małe dawki można wprawdzie próbować — ale w przypadkach lekkich są one niepotrzebne a w ciężkich niedostateczne i bez znaczenia.

Rozpoczynanie zaś odrazu od dawek dużych i to ambulatoryjnie bez stałej opieki lekarskiej jest niebezpieczne i utrudnione, gdyż wymaga częstego badania krwi i moczu, aby usunąć nie tylko glykozurje ale przedewszystkiem hyperglykaemie bez wywołania niebezpiecznej hypoglykaemji. Tam jednak, gdzie mimo to rozpoczęcia leczenia insuliną okazuje się wskazanem — należy choremu w każdym razie polecić, aby pierwsze *2—3* dni pozostał w pokoju lub nawet w łóżku, i przez ten czas należy badać krew i mocz, aby uzyskać pewne podstawy do dalszego dawkowania.

W końcu kilka słów o leczeniu cukrzycy w Krynicy. Aczkolwiek przy leczeniu cukrzycowego, główną uwagę zwracamy na hyperglykemię względnie glykozurję — to wysyłając go do zdrojowiska, bardzo często zmuszeni jesteśmy — ze względu czy to na stan ogólny chorego, czy pojedynczych jego narządów — wybrać miejscowość w której zachodzi możliwość równoczesnego leczenia obok cukromoczu — także innych niedomagań.

Pod tym względem należy Krynicy oddać pierwszeństwo przed innemi polskiemi zdrojowiskami, obfituje ona bowiem w wody mineralne o różnym składzie chemicznym, w szczególności zaś ma źródło Zubera, szczawę alkaliczną, które w leczeniu schorzeń przemiany materji a więc i cukrzycy oddaje bardzo dobre usługi. Ponadto posiada Krynica znakomite naturalne kąpiele kwaso-węglowe i borowinowe, które w lecznictwie zdrojowiskowem znajdują różnorodne zastosowanie. Nie mniej ważnym czynnikiem leczniczym jest tu także nader orzeźwiające powietrze górskie i klimat podalpejski, które to czynniki już same przez się są w stanie korzystnie wpłynąć na przemianę materji w ustroju chorego. Jeżeli jeszcze do tego dodamy różne zakłady hydro- i fizykalno- terapeutyczne — to musimy przyznać, że w Krynicy znajduje się cały zespół warunków, sprzyjających leczeniu cukrzycy i różnych innych cierpień, które tak często wcześniej albo później występują prawie u każdego cukrzycowego.

Powołując się na to, co mówiłem o pomocniczem działaniu wód mineralnych w zdrojowiskowem leczeniu cukrzycy — wypada mi tu kilka słów powiedzieć o źródle Zubera. Źródło to jest naturalną cieplicą której woda, oziębiając się przez odbycie długiej, bo kilkusetmetrowej drogi rurami z głębi ziemi, wycieka na jej powierzchni o ciepłocie 15° C, a więc zawsze jeszcze znacznie wyższej aniżeli woda źródlana, której ciepłota zwykle wynosi 7—8° C.

Ze względu na skład chemiczny jest ona szczawą bardzo silnie alkaliczną — z powodu wielkiej zawartości dwuwęglanu sodowego, nadto silną wodą litową i słabą solanką. Przy systematycznem stosowaniu działa wybitnie moczopędnie, zmniejszając równocześnie kwasotę moczu, nadto także wyraźnie żółciopędnie; prócz tego wzmaga wydzielanie trzustki — jakoteż treści dwunastniczej, zmniejsza natomiast znacznie kwasotę żołądka. Jak więc widzimy jest działanie wody ze źródła Zubera prawie równoznaczne z działaniem karlsbadzkiego źródła „Mühlbrunn", różnica polega głównie na większej zawartości soli we wodzie ze źródła Zubera — i dlatego często polecamy rozcieńczyć ją — zależnie od przypadku — zwykłą wodą lub z innych źródeł krynickich. Wszystkie powyżej wyliczone główne cechy wody ze źródła Zubera — tłomaczą też skuteczne jej działanie przy nieżytach dróg żółciowych i woreczka żółciowego — także powikłanych kamicą, przy różnych cierpieniach przewodu pokarmowego, przy upośledzeniu wydzielania trzustki jakoteż przy chorobach przemiany materji. To też w zespole tych licznych czynników leczniczych jakiemi Krynica rozporządza, ma woda ze źródła Zubera — odpowiednio stosowana — także przy leczeniu cukrzycowych bardzo ważny i skuteczny udział.

Wyniki lecznicze u cukrzycowych leczonych w Krynicy są też na ogół — przy odpowiednim doborze przypadków — bardzo

dobre i nie ustępują wynikom osiąganym w zdrojowiskach zagranicznych.

Słusznie możnaby mnie jednak posądzić, że mówię jako lekarz zdrojowy w Krynicy *„pro domo sua"* jeżeli ograniczę się do wyliczenia samych tylko dobrych stron Krynicy i jej świetnych naturalnych środków leczniczych — a pominę zupełnie pewne braki — w szczególności pod względem stosowania przepisów dietetycznych. Braki te ujawniły się od czasu kiedy Krynica wyszła z ciasnego koła wskazań leczniczych, ograniczonych do leczenia anemicznych i ginekologicznie chorych, i odkąd dzięki odkryciu źródła Zubera i rozszerzeniu zastosowania różnego rodzaju kąpieli — do Krynicy zjeżdżają chorzy, dla których odpowiednia dieta może nawet rozstrzygać o wyniku leczenia.

Odnosi się to naturalnie i do cukrzycowych, którzy coraz liczniej tu przyjeżdżają, znajdując pod względem klimatyczno-kąpielowym bardzo dobre warunki. Naturalnym tym korzystnym warunkom leczniczym stoją do pewnego stopnia na przeszkodzie pensjonaty i jadłodajnie, które nie zawsze okazują chęć zastosowania się do zaleconych przepisów dietetycznych. Rzeczywistą rękojmię pod tym względem mogą dać wprawdzie tylko odpowiednio prowadzone zakłady — na których czele stoją osoby obznajomione w sztuce dietetycznego gotowania — ale ostatecznie ani w Karlsbadzie, czy innych odnośnych zagranicznych, największych nawet zdrojowiskach — niema samych tylko lecznic dietetycznych, mimo to jednak kuracjusz znajdzie prawie w każdej jadłodajni potrawy tak przyrządzone, że je bez szkody dla swego zdrowia spożyć może.

Msimy przyznać, że i w Krynicy zaznaczyła się pod tym względem w ostatnich dwóch latach znaczna poprawa — na ogół jednak nie stoi ona jeszcze na tej wyżynie, na jakiej ze względu na swe naturalne warunki lecznicze stać powinna, niemniej należy przyjąć, że wzajemne współzawodnictwo zakładów gastronomicznych, a także do pewnego rodzaju nacisk wywierany na nie ze strony zarządu zdrojowego — lekarzy zdrojowych i leczonych, przyczyni się do dalszej poprawy i usunie zupełnie dotychczasowe braki.

Prof. Dr. L. Korczyński radzi zorganizować kursy kucharskie celem wykształcenia zawodowych kucharzy obznajomionych z dietetyką lekarską, i stworzyć instytucję kucharskich instruktorów, objeżdżających zdrojowiska na wezwanie i koszt właścicieli pensjonatów i restauracyj — celem kształcenia miejscowych sił kucharskich. Sprawa ta znajduje się na porządku dziennym programu działalności Towarzystwa balneologicznego.

---

## SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. med. G. MADAUS. Radebeul.

### Synergizm dawek drobinowych.
### (Kompleksy homeopatyczne — Oligopleksy dynamiczne).

Znaczenie kombinacji środków leczniczych jest sprawą już od dawna praktycznie ustaloną. Niemal każda recepta lekarska jest składem kilku odpowiednio dobranych środków, niezbędnych, zdaniem ordynującego lekarza, w leczonym przypadku. Istnieją nawet specjalne tablice, wykazujące niecelowe mieszanki, oraz kombinacje zakazane ze względu na zmiany chemiczne, zachodzące pod wpływem mieszania łączonych składników.

Częstokroć jednak mieszanki, zdawaćby się mogło odpowiednio dobranych środków, zawodzą w praktyce zupełnie, działają nieodpowiednio, lub wywołują przykre objawy uboczne. Fakt ten skłonił naukowe koła farmakologów do specjalnego zajęcia się mieszankami, a liczne próby i doświadczenia dały niezmiernie ciekawe wyniki.

Stwierdzono mianowicie m. i., że dawki drobinowe (homeopatyczne) wykazują w mieszankach niezwykle wzmożone działanie, dzięki czemu mieszanki homeopatyczne zaliczyć można do najbardziej skutecznych środków leczniczych. Abstrahując nawet od samej zasady leczniczej, mieszanki homeopatyczne, dzięki specjalnemu systemowi wytwórczemu, oraz niezwykłej precyzji roztarcia i dawkowania poszczególnych składników, jak również ich czystości, pokrywają niezwykle szeroki zasięg leczniczy.

Fakt ten pobudził, zwłaszcza po znanem oświadczeniu w stosunku do homeopatji Prof. Dr. A. Biera, wielu wybitnych uczonych do szczegółowych badań, które przeprowadzono na szeroką skalę w Instytucie Farmakologicznym Uniwersytetu Berneńskiego pod kierownictwem znanego farmakologa Prof. Dr. Buergiego.

Naukowe uzasadnienie wartości homeopatycznych mieszanek leczniczych znajduje swój najwymowniejszy wyraz w zasadzie opublikowanej przez Prof. Dr. Buergiego, która w swej ostatecznej redakcji, wyjętej z dzieła: „Podręcznik terapji praktycznej, jako wynik badań doświadczalnych" (wydane u Bartha, Lipsk, 1926, stron 200) brzmi, jak następuje:

„Leki należące do wspólnej grupy dodają swe wartości farmakologiczne w wypadku, gdy równocześnie należą do wspólnej podgrupy, względnie, jeśli mają ten sam punkt zaczepu, t. zn. jednakowy sposób działania; jeśli jednak różnią się punktami zaczepu, względnie sposobem działania, wtedy przy równoczesnem używaniu mogą dać spotęgowane (wzmocnione) działanie ogólne"

Działanie sumaryczne następuje tedy według doświadczeń Prof. Buergiego, n. p.:

1. Przy tropeinach (atropina, hyosciamina, scopolamina, i t. d.)
2. Przy metylxantynach (coffeina, theobromina, theocina i t. p., bez względu na to, czy stosuje się je jako cardiaca, czy też jako diuretica).
3. Przy grupie digitalisowej (digitoxyna, digitaleina, gitalina, strofantyna i t. d.).
4. Przy solach, działających moczopędnie i przeczyszczająco.
5. Przy derywatach antracenowych.
6. Z grupy odkażających przy derywatach fenolu i solach metalicznych.

Spotęgowane natomiast działanie wykazuje n. p.:

1. Kokaina i tropeiny, ze względu na działanie mydriatyczne: kokaina rozszerza bowiem źrenice przez działanie na *musculus dilatator,* zaopatrywany sympatycznie, tropeiny czynią to samo przez porażanie zwieracza tęczówki *(musc. sphincter iridis),* który jest zaopatrywany parasympatycznie.
2. Pilokarpina i physostigmina w całości swego działania. Oba środki podniecają parasympatycznie unerwione gruczoły i mięśnie, przyczem pierwszy alkaloid podnieca je wprost, drugi zaś zwiększa jedynie pobudliwość.
3. Moczopędne sole i metylxantyny, ponieważ sposoby działania obu grup są prawdopodobnie zupełnie różne.
4. Adrenalina, pituitryna, wyciągi placenty, secale cornutum i hydrastis, działając każdy w swoim zakresie.

Kilka przykładów może ważną tę zasadę wyjaśnić najlepiej.

Przy mieszankach narkotyków z grupy tłuszczowej nie następuje nigdy potęgowanie skutku. Jednakże stwierdzono je napewno przy kombinacjach alkaloidów makowca. Niemożność jednak dokładnego określenia zwiększenia skuteczności uzależniona jest w tym wypadku od rozmaitego stopnia wrażliwości indywidualnej.

Zupełnie pewne wzmożenie skuteczności daje się stale zauważyć przy mieszance morfiny ze skopolaminą (Schneiderlein).

Również kombinacje skopolaminy z innemi środkami nasennemi, jak urethanem, chloral-hydratem, weronalem, konopjami indyjskiemi, a równocześnie mieszanki samych wymienionych tu środków nasennych, wywołują bezwzględnie spotęgowane działanie.

Najsilniejsze działanie spotęgowane zaobserwowano przy połączeniu chininy z kwasem salicylowym w stosunku do właściwości obu tych środków obniżania ciepłoty (Tucaković).

Również środki moczopędne dały niezmiernie wybitne wskazówki: mieszanki metylxantynów dają działanie sumaryczne, to samo odnosi się do mieszanek soli moczopędnych. (Filehne, Ruschhaupt).

Przy kombinacjach jednak soli i metylxantynów otrzymuje się działanie spotęgowane, co ma również miejsce przy mieszankach metylxantynów z konopjami indyjskiemi (Schlosser, Keller, i inni). Podobnie mieszanki soli rtęciowych z innemi substancjami moczopędnemi wykazują spotęgowaną skuteczność.

Prof. Buergi zbadał również działanie mieszanek środków przeczyszczających, przyczem stwierdził, że specjalny synergetyzm wykazuje w tej grupie mieszanka pilokarpiny z physostigminą.

Kosakae badał specjalnie środki zwiększające skurcze macicy i otrzymywał najbardziej spotęgowaną skuteczność przy użyciu mieszanki pituitryny i wyciągu z placenty. Jednakże również przy użyciu innych kombinacyj, n. p.: adrenaliny, lub sporyszu z wyciągiem placenty następowały wybitne wzmożenia działalności.

Tokamotsu kombinował hydrastyninę z innemi środkami, wywołującemi skurcze macicy (secacornina, pituglandol, wyciąg z placenty i t. p.,) i ogłosił:

„Wyniki prac moich są zupełnie identyczne. Jeśli zmięszałem hydrastyninę z którymkolwiek wybranym przeze mnie środkiem skurczowym dla macicy, otrzymywałem stale rezultat wyraźnie przewyższający działanie sumaryczne poszczególnych składników".

Ktoby jednak sądził, że zmięszanie rozmaitych leków z różnych grup daje stale wynik sumaryczny, lub spotęgowany, musiałby się niekiedy bardzo rozczarować, i to wyjaśnię przykładem:

Jeśli zmięsza się n. p. *strophantus* i *digitalis* nie otrzyma się nigdy nawet sumarycznej ich skuteczności. Objaśnia się to łatwo okolicznością, że *strophantus* działa natychmiast pierwszego dnia po zażyciu, podczas gdy działanie przetworów naparstnicy objawia się bardzo często dopiero na drugi dzień. Mimo to stosuje się dość często mieszankę tą specjalnie po to, aby odpowiednio ustalić w praktyce regularną krzywą skuteczności leku, jak to ma miejsce n. p. w preparacie A u r o k a r d.

Jak rozmaicie kształtuje się działalność domieszki soli kuchennej przy rozmaitych środkach odkażających, wykażą następujące przykłady:

Jeśli doda się sól kuchenną do rozczynu fenolu, skuteczność mieszanki w znaczeniu odkażającem wzmoże się znacznie, ponieważ sól zwiększa procentowość rozczynu, odbierając fenolowi środek rozprowadzający (wodę), względnie wciskając się w mikroorganizmy.

W wypadku jednak, gdy dodamy sól stołową do rozczynu sublimatu, wtedy zmniejszy się znacznie siła odkażająca mieszanki, a to dzięki obniżeniu dyssocjacji.

Niezwykle ciekawe wyniki wykazują połączenia preparatów hormonalnych. Preparaty te działają skutecznie jedynie w organizmach cierpiących na zaburzenia wydzielniczości hormonalnej. Między innymi Vogel nie osiągał u normalnych zwierząt ani zapomocą pojedyńczych organopreparatów, ani też zapomocą ich mieszanek wzmożenia diurezy. W przypadkach jednak, gdy organizm cierpiał na niedomogę wydzielniczą gruczołów, osiągał n. p von Kepinov mieszankami organopreparatów niezwykle spotęgowane wyniki. W tem miejscu chciałbym przypomnieć o niezwykle szczęśliwem połączeniu adrenaliny z pituitryną. Mieszanka 2 tych organopreparatów stała się dziś powszechnie znana dzięki Asthmolyzinie.

Organoterapja jest niezbitym dowodem „prawa minimum“ Liebiga, stwierdzającego, że przy braku, lub zbyt małej ilości niektórych potrzebnych organizmowi substancyj, organizm sam je czerpie z podanych mu mieszanek.

Najczęstsze zastosowanie znajduje, jak to ogólnie dziś zresztą wiadomo, prawo Liebiga przy uprawie ziemi, a mianowicie przy sztucznem jej nawożeniu.

Skomplikowane badania mieszanek doprowadziły dziś do tego, że lekarz-praktyk bardzo chętnie ordynuje wypróbowane i skuteczne mieszanki, znajdujące się w obiegu handlowym jako preparaty swoiste. Ten sposób ordynowania zasługuje tembardziej na usprawiedliwienie, że często przez domieszkę, zdawaćby się mogło obojętnego zupełnie środka lub dawki można niesłychanie spotęgować działanie innych środków. W ten sposób, jak to stwierdził słynny syfilidolog Prof. Kolle z Frankfurtu, haemoterapeutyczne działanie salvarsanu wzmaga się znacznie, gdy chory przyjmuje równocześnie drobne, same przez się zupełnie niedziałające ilości rtęci.

Wygoda praktyczna, jaką przedstawiają dla Lekarzy zasady mieszanek Buergiego uwidocznia się już dziś dobitnie w coraz częstszem ordynowaniu kompleksów homeopatycznych (oligopleksów) przez wszystkich niemal lekarzy całego świata.

Przy ordynowaniu bowiem mieszanek tych otrzymuje chory jedną trzydziestą, lub nawet zaledwie 1/50 część normalnie przepisywanej dawki działającej. Że nie pozostaje to bez dodatniego wpływu na organizm, o tem zdaje się rozwodzić się nie potrzeba. Samo stwierdzenie możliwości zmniejszenia dawki w mieszankach umożliwi każdemu poniższy przykład:

Jeśli wprowadzimy do dwunastnicy żaby strofantynę lub digitoxynę w obecności małej, zupełnie nieskutecznej zresztą dawki saponiny, to wstrzymanie systolicznego ruchu serca następuje już po wprowadzeniu 1/50 części mieszanki zamiast normalnej dawki strofantyny.

Sprawą synergizmu dawek drobinowych zajmują się w dzisiejszych czasach wszystkie niemal instytuty farmakologiczne, a ostatnio docent Dr. Gatty-Kostyal uniwersytetu Jagiellońskiego ogłosił w „Wiadomościach Farmaceutycznych“ ciekawą pracę o synergizmie leków nasercowych.

Sądzę, że dalsze publikacje w tej niezmiernie ciekawej materji przyczynią się wkrótce do wyświetlenia wielu jeszcze ciemnych miejsc w medycynie, a lekarzowi dadzą wkońcu do ręki broń pewną i zupełnie dla chorych nieszkodliwą.

---

Dr. Klemens KAUCZYŃSKI. Asyst. Kliniki. Lwów.

## Niezwykły, ogólny i ogniskowy odczyn swoisty w przypadku tocznia pospolitego.

Z Kliniki dermatologicznej Uniw. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Jan L e n a r t o w i c z.

Chora 28 letnia, modniarka, zgłosiła się do tutejszej Kliniki dnia 16 stycznia 1926 r., i podała w wywiadach co następuje: w dzieciństwie przechodziła jedynie kur. Matka żyje zdrowa, ojciec zmarł przed trzynastu laty na „pomieszanie zmysłów“. Jedyny brat chorej zginął na wojnie, trzy siostry są zupełnie zdrowe. Pierwsze objawy obecnej choroby pojawiły się w 8 roku życia na dużym palcu prawej nogi. Stopniowo zmiany te posuwały się dalej ku górze, aż objęły całą prawie kończynę dolną. Przed 12 laty była leczona w tutejszej Klinice wyłyżeczkowaniem ognisk na kończynie dolnej i przypalaniem żegadłem Paquelin'a. Dalsze ogniska na tułowiu, kończynach górnych, na twarzy i owłosionej skórze głowy, — wystąpiły 4 lata temu. Chora jest stanu wolnego, nie rodziła i nie roniła.

S t a n o b e c n y w styczniu 1926 r. przedstawiał się następująco: wzrost wysoki, budowa kośćca proporcjonalna, delikatna, odżywienie podupadłe. Skóra barwy blado-różowej, wiotka, mało elastyczna, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Widzialne błony śluzowe blade. Włosy na głowie grube, barwy ciemnej. Owłosienie pod pachami i na wzgórku łonowym obfite, normalne.

W okolicy prawego guza ciemieniowego, wśród owłosionej części głowy, stwierdzono ognisko tocznia pospolitego wrzodziejącego wielkości dłoni. Podobne dwa mniejsze ogniska w okolicy potylicy. Pozatem na twarzy, szyi, karku, plecach, pod piersiami, w okolicy lędźwiowej, na kończynach górnych i na prawej kończynie dolnej stwierdzono typowe ogniska tocznia pospolitego płaskiego, pokrytego łuskami. Cała kończyna prawa dolna słoniowato obrzękła.

Gruczoły szyjne, karkowe, łokciowe bez zmian. Gruczoły pachwinowe po stronie prawej powiększone.

W płucach ślad przebytego kataru obu szczytów płuc.

Serce: w granicach prawidłowych, bez zmian.

Śledziona: nieco powiększona, twarda, niebolesna.

System kostny: bez zmian.

Prawa źrenica nieco szersza od lewej, obie dobrze oddziałują na światło i akomodację. Nerwy mózgowe bez zmian. Odruchy kończyn normalne. Objaw Rhomberga i Babińskiego ujemny.

Badanie oto-laryngologiczne: w jamie ustnej podejrzany naciek na brzegu dziąsła w okolicy dolnych siekaczy. Ubytek o nierównych zarysach wolnego brzegu nagłośni, bez wyraźnego nacieku (robi wrażenie sprawy wygojonej). W uchu prawem przebicie błony bębenkowej, w lewem ropne chroniczne zapalenie ucha środkowego.

Odczyn Pirqueta: wybitnie dodatni.

Odczyn Bordet-Wassermanna: dodatni.

Odczyn Sachsa Georgiego: dodatni.

Mocz: bez składników patologicznych.

W obrazie krwi cytologicznym silna limfocytoza.

Tak przedstawiał się stan chorej w styczniu 1926 roku. Przystąpiono do leczenia zmian gruźliczych skóry, — z równoczesnem uwzględnieniem kiły, do czego skłaniały wspomniane wyżej, dodatnie odczyny serologiczne.

Celem uzyskania wyniku kosmetycznie najbardziej zadawalniającego, ogniska toczniowe na twarzy, szyi i skórze owłosionej głowy poddano naświetlaniu sposobem Finsena. Ogniska chorobowe na tułowiu i kończynach, leczono maścią pyrogallusową, zaś obrzękła, wykazująca cechy słoniowatowe, kończyna dolna prawa poddana została kilkakrotnemu naświetlaniu promieniami Roentgena. Naświetlań sposobem Finsena stopniowych i obejmujących pola wielkości 50-cio groszówki wykonano w czasie od 19. X. 1926 — 13. VI. 1928 ogółem 365.

Prócz tego stosowano ogólne naświetlania sztucznem słońcem wyżynnem (lampa Bacha). Od 25. V. — 30. VI. 1927 stosowano też dożylne wstrzykiwania „aurosanu“ w łącznej dawce 3 g. Przy zastosowaniu tych różnych sposobów leczenia osiągnięto dosyć wybitną poprawę, bo przez naświetlania roentgenowskie, objawy słoniowatości kończyny dolnej prawej ustąpiły niemal zupełnie, ogniska chorobowe leczone maścią pyrogallusową ulegały stopniowo zabliźnianiu, a zmiany chorobowe na twarzy, szyji i skórze owłosionej głowy leczone sposobem Finsena ustępowały, aczkolwiek zwolna, ale statecznie, z pozostawieniem blizn cienkich, gładkich, kosmetycznie zadowalniających.

Mimo braku widocznych objawów klinicznych kiłowych i ujemnych wywiadów osobistych chorej, przystąpiliśmy do leczenia swoistego bizmutem, novarsenobenzolem i jodem. W ciągu dwu lat przeprowadzono cztery leczenia, z których każde składało się z 15 do 20 wstrzykiwań wśródmięśniowych Airolu lub Bismogenolu i 3 gramów Novarsenobenzolu Spiessa. Między poszczególnemi serjami leczeń, zażywała chora doustnie jod. Odczyny serologiczne utrzymywały się przez dłuższy czas wybitnie dodatnio, dopiero z końcem 1928 roku przeszły w ujemny.

Od końca czerwca do 27 sierpnia 1928 r., przebywała chora w domu. Na wrzesień wyjechała do Iwonicza, gdzie pobrała 20 kąpieli jodowych z solą iwonicką i 2 kąpiele borowinowe. Prócz tego piła wodę ze źródła „Karola" przez cały czas pobytu po 6 szklanek dziennie. Po kuracji w Iwoniczu przybrała na wadze o 3 kg. Po trzeciej kąpieli zauważyła, że ogniska toczniowe zaczerwieniły się, stały się więcej soczyste, że wśród nich zaczęły występywać małe guzki czerwone. Owe zaczerwienienia trwały podobno jeszcze mniejwięcej jeden tydzień po ukończeniu leczenia w Iwoniczu. Podmiotowo czuła się dobrze i miała łaknienie wzmożone.

W październiku 1928 r. zgłosiła się chora do Kliniki, i w czasie od 9 października do 22 października dostała ambulatoryjnie 35 naświetlań lampą Finsena na ogniska umiejscowione na twarzy. Przebieg odczynów zapalnych po świetle Finsena nie był inny jak przy poprzednich naświetlaniach. Po przerwie która trwała od 22 października do 12 listopada 28 r., przystąpiono do drugiej serji naświetlań, i dano w łącznej sumie 19 pól na twarz w czasie od 12 do 21 listopada 1928 r. *Już po kilku posiedzeniach tej serji, zaczęła chora odczuwać dreszcze, a ciepłota dochodziła podobno do 38,5 stopni Celsiusa. Mimo tego stanu, który chora zataiła, naświetlała się jeszcze dalej przez 3 dni. Stan nie polepszał się, a ciepłota doszła do 40 stopni Cel. Podówczas dnia 21 listopada wystąpił silny ból w prawem ramieniu powyżej łokcia, a ogniska tocznia pospolitego w tym miejscu silnie obrzękły i posiniały. Podobnie inne ogniska tocznia na tułowiu i kończynach zaczerwieniły się i stały się bardzo bolesne.* Wobec takiego stanu, chorą przyjęto dnia 22 listopada do Kliniki celem stałej obserwacji i leczenia.

Stan obecny wówczas przedstawiał się następująco: wszystkie ogniska tocznia pospolitego tak na tułowiu jak i na kończynach silnie zaczerwienione, z płaskich zmieniły się w wyniosłe o charakterze pokrzywkowym, zwłaszcza na obwodzie ich zaznacza się wyniosły wał pokrzywkowy o barwie kości słoniowej. Na zewnątrz tego wału widoczny jest rumień zapalny sięgający na szerokość 2 cm. Chora cierpi bardzo z powodu uczucia silnego pieczenia w ogniskach tocznia, a w szczególności z powodu bólu w prawem ramieniu. Ognisko na prawem ramieniu wykazuje w miejscach guzków toczniowych, sino-czerwono zabarwione, *wylewy krwawe.* W niektórych ogniskach na tułowiu, jak naprzykład pod prawą piersią i na plecach, widać gdzieniegdzie w miejscach guzków toczniowych, — podobne sino-czerwone plamy. Uderzającem było to, że miejsca na twarzy, naświetlane bezpośrednio przedtem lampą Finsena, poza normalnym odczynem zapalnym po świetle, — nie wykazywały tych niezwykłych odczynów co ogniska tocznia odległe od miejsc naświetlanych.

Ciepłota 39,8° C. Od czasu do czasu lekkie dreszcze. Tętno 120.

Mocz. bez składników patologicznych. Język: obłożony, mało wilgotny.

23 listopada: ciepłota 39,8° C.

Odczyn serologiczny: Wassermanna i Sachs-Georgiego ujemny.

Obraz cytologiczny krwi:

| | 26. XI. | 5. XII. |
|---|---|---|
| Eozynochłonnych | 0,4% | 5% |
| Pałeczkowatych | 10% | 1% |
| Segmentowanych | 58% | 63% |
| Limfocytów dużych | 28% | 3% |
| Limfocytów małych | | 27% |
| Monocytów | 3,6% | 1% |

Obrzęk i rumień zapalny na ogniskach tocznia utrzymuje się nadal, wśród ognisk na karku, plecach, pośladku i prawej kończynie dolnej pojawiły się nowe *wylewy krwawe,* umiejscowione *ściśle tylko w zakresie guzków toczniowych.* Zauważono, że nasilenie wybroczyn malało w miarę zbliżania się ku obwodowi kończyn. Najlepiej widać to było na prawej kończynie dolnej, gdzie wylewy w ogniskach tocznia nie przekroczyły granicy kolana. Odnosiło się wrażenie, że odczyn ten szedł jakgdyby fala, która tem więcej traciła na sile, — im bardziej zbliżała się ku obwodowi kończyn. Już w tym dniu widać było, że ogniska na prawem ramieniu i pod prawą piersią, które pierwsze uległy wylewom krwawym, — popadną w *zgorzel.*

24 listopada: ciepłota 39,4° C., dreszcze nie powtórzyły się. Wszystkie ogniska tocznia pospolitego z wylewami krwawemi, przechodzą w zgorzel.

Badanie płuc: oba szczyty dają wypuk krótszy, w lewym wyraźne przytłumienie. Po stronie prawej nieco drobnych rzężeń, które przy kaszlu znikają.



Ryc. 1, Fotografowano 23 listopada 1928 r. Czarne plamy odpowiadają wylewom krwawym.

Serce: bez zmian. Śledziona nieco powiększona.

Plwocina: badanie na prątki Kocha dało wynik ujemny.

Na wewnątrz zastosowano: Ephetoninę i *Calcium chloratum.*

Na ogniska ulegające zgorzeli dano opatrunki z płynu Burrova i z maści borowej.

Odczyn Pirqueta: ujemny.

25 listopoda: ciepłota 38,5° C. Ze względu na osłabienie akcji serca podano Digipuratum i Coraminę, a celem złagodzenia silnego bólu w ogniskach zgorzelinowych Allonal.

26 listopada: ciepłota 38,2°. W ogniskach zgorzelinowych zaznacza się wyraźna *demarkacja.* Na prawem ramieniu w miejscu, gdzie najpierw przyszło do zgorzeli, obumarłe części już się oddzieliły pozostawiając dosyć głęboką jamę jakgdyby wysztancowaną.

Chyżość opadania czerwonych ciałek krwi, bardzo znacznie przyspieszona.

27 listopada: ciepłota spada litycznie. Zgorzel objęła wszystkie ogniska tocznia z wyjątkiem ogniska na twarzy i głowie, a dalej z wyjątkiem ognisk poniżej kolana na prawej kończynie dolnej. Trzeba podkreślić, że w miejscach już poprzednio podleczonych, bliznowatych, w których były recydywujące guzki tocznia, — zgorzel dotyczyła *jedynie i wyłącznie* tkanki gruźliczej. Godnem uwagi jest także to, że w dużych ogniskach na plecach zgorzel nie objęła całej zmiany toczniowej, lecz tylko jej dolny biegun. W każdym razie jednak ten niezwykły i o takiem nasileniu odczyn dotyczył wyłącznie ognisk toczniowych.

O ile z początku sprawa przedstawiała się groźnie, o tyle obecnie już widać, że tendencja samoobrony skóry jest dobra. i że niema obaw zatrucia produktami rozpadu białka.

1. grudnia: ciepłota 37,2. Oddzielanie się części nekrotycznych odbywa się bardzo szybko w przedłużonych pełnych kąpielach z dodatkiem nadmanganianu potasu. Następuje opatrunek z maści borowej.

Prześwietlanie płuc promieniami Roentgena dało wynik następujący: oba szczyty gorzej powietrzne, cienie wnękowe o nielicznych zmienionych gruczołach, promieniują silniej ku obwodowi.

4. grudnia: ogólny stan chorej dobry. Ciepłota 37°. Większa część zgorzeli jest już oddzielona i daje głębokie ostro cięte (stancowane) ubytki, na dnie których zaznacza się drobno-ziarnista tkanka ziarninowa.

Stara tuberkulina Kocha wstrzyknięta podskórnie w ilości 3 dziesiętnych miligrama dała tylko nieznaczne podniesienie ciepłoty i mały rumień w miejscu wstrzyknięcia.



Ryc. 2. Fotografowano 1 grudnia 1928 r. Uderzająco szybki postęp zgorzeli w ogniskach tocznia.

Posiew krwi: aseptyczny.

Skrawek wycięty z ogniska chorobowego na prawym barku i badany histologicznie dał nastepujący obraz: w miejscu zgorzeli stwierdza się skrzep krwi, pod nim obfity wysięk ropny, nastepnie świeżą tkankę ziarninową. W otoczeniu tkanki ziarninowej widać typowe świeże gruzełki gruźlicze.

24. grudnia: ogniska które uległy zgorzeli są już w znacznej liczbie zabliźnione. Wśród młodej tkanki bliznowatej widać gdzieniegdzie nawroty guzków tocznia pospolitego.

Odczyn Wassermanna i Sachs-Georgiego: ujemny.

Odczyn luetynowy luetyną Bussona: ujemny.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego: ciśnienie znacznie wzmożone.

Odczyn Pandy'ego: ujemny. Nonne-Apelta: słabo zaznaczony. Limfocytów: 3.

Odczyn Wassermanna we wszystkich wzrastających ilościach: ujemny.

Począwszy od stycznia 1929 roku, można było uważać ten niezwykły odczyn za zlikwidowany pomyślnie dla chorej. Chora odniosła nawet pewną korzyść leczniczą, gdyż stare ogniska tocznia w znacznej mierze zabliźniły się ostatecznie. Od 11 marca 1929 roku jest chora nadal naświetlana lampą Finsena na twarzy i głowie. Jakichkolwiek odczynów czy to ogólnych, czy też ogniskowych obecnie nie stwierdza się. Po czterech tygodniach opuszcza chora klinikę w stanie ogólnym dobrym i ze znaczną poprawą kliniczną ognisk tocznia pospolitego.

Mamy przed sobą opis przypadku w którym przyszło do niewątpliwie *swoistego* odczynu z przyczyn nam bliżej nieznanych. Że był to odczyn swoisty, świadczy o tem to, że *jedynie, wyłącznie i wybiórczo* uległa zgorzeli tkanka gruźlicza. Należy przypuścić, że odczyn ten szedł drogą naczyń krwionośnych, zaczem przemawiałyby wylewy krwawe w skórze zmienionej toczniem. Przypuścić należy, że w danym przypadku nie mieliśmy do czynienia z rozsianiem się prątków i ich następowem szybkiem rozmieszczeniem w skórze co wywołało uwolnienie toksyn i odczyny ogniskowe; raczej chodziło tu o działanie toksyn samych. Rozsianie i to masowe prątków byłoby raczej spowodowało gruźlicę prosówkową, a w jej następstwie śmierć chorej. Przyjąwszy rozsianie prątków i korzystny przebieg końcowy, z konieczności przyjąćby trzeba niezwykle wysoką allergję ustroju, rozsianie prątków bezzwłocznie unicestwiającą.

Dlatego skłonni jesteśmy mówić o *jadach* gruźliczych, które nagle wyzwolone w jednem miejscu, — dały ten niezwykły odczyn w tkankach swoiście zmienionych. Dowodów na to, że to musiały być endo-toxyny prątków Kocha, — a nie inne toksyny nie mamy bezpośrednich. Przemawia zatem tylko obraz kliniczny i przebieg odczynu. Jako moment wywołujący możnaby przyjąć naświetlanie dużego ogniska tocznia na twarzy lampą Finsena, a łącznie z tem wyzwolenie większej ilości toksyn gruźliczych które zostały nagle rozpowadzone po organiźmie drogą naczyń krwionośnych. Zadziwia jednak to, że ogniska te na twarzy były już poprzednio wielokrotnie naświetlane lampą Finsena bez jakichkolwiek odczynów podobnych.

Musiały więc zaistnieć jakieś specjalne warunki, które sprzyjały rozwojowi tego odczynu. Pamiętać musimy o tem, że u chorej stwierdzono dodatni odczyn Wassermanna, a jak świadczą wywiady ojciec chorej zmarł po dwu latach cierpień na „pomieszanie zmysłów". Zaznaczyć należy, że obraz kliniczny ognisk na skórze nie przemawiał bynajmniej za współistnieniem w tym przypadku form trzeciorzędnych kiły z toczniem pospolitym równocześnie.

Możnaby jeszcze wogóle postawić pod znakiem zapytania te wybitnie dodatnie odczyny serologiczne Wassermanna i Sachs-Georgiego, próbując tłumaczyć je istnieniem od lat kilkunastu chronicznych zmian gruźliczych w skórze. Jednak przeciw temu przypuszczeniu przemawia fakt przejścia odczynów serologicznych z dodatnich w ujemne, — po zastosowaniu u chorej kilku leczeń przeciwkiłowych.

Nie można również sprowadzić tego odczynu do zwykłej reakcji nie specyficznej wywołanej produktami rozpadu białka, wyzwolonych w miejscach naświetlanych lampą Finsena. Nasuwa się jednak jedna uwaga z wywiadów chorej. Podaje ona mianowicie, że tuż przed rozpoczęciem tej serji naświetlań, — była w Iwoniczu, gdzie wzięła 20 kąpieli jodowych ze solą iwonicką, oraz, że piła po 6 szklanek dziennie wody ze źródła Karola. Już wtedy zauważyła chora podobno przemijające zaczerwienienie ognisk tocznia. Jak wiadomo jod sam jest pierwiastkiem światłoczułym i używany jest w światłolecznictwie do chemicznego oznaczania dawek. Możnaby więc przyjąć, że jod uczulił tą chorą na światło i doprowadził do tak intenzywnego odczynu ogólnego o charakterze swoistym. Są to wszystko jednak tylko hipotezy, z których każda może mieć nieco słuszności, jednak żadna nie wyjaśnia tego niezwykłego odczynu dostatecznie i bezspornie.

---

## OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Robert Bernhardt: *Lecznictwo dermatologiczne*. (Str. 415; nakładem: Trzaski, Ewerta i Michalskiego, Warszawa 1930).

Czytelnik, biorąc tę książkę do ręki, mógłby zapytać dlaczego ten tytuł a nie inny? Dlaczego *„Lecznictwo dermatologiczne"* a nie *„Leczenie chorób skórnych"* lub *„Terapja chorób skórnych"*? i chcąc się zorjentować w treści przebiega szybko spis poszczególnych rozdziałów i z ich jasnego przejrzystego układu, spostrzega przedewszystkiem, że książkę czytać warto, że Autor ujął temat w sposób oryginalny, sobie właściwy, że opanowawszy gruntownie całokształt przedmiotu, zbiera go w jedną zwartą całość, rozproszone jednoczy, sztucznie złączone dzieli, i już tem samem oryginalnem ujęciem zaciekawia i pociąga. Czytelnik niecierpliwy, rozcina kartki książki i pospiesznie, wybiera dział szczególnie go zaciekawiający z pytaniem jak „to" właśnie Autor ujął, jak przedstawił? I znów ta dorywcza, ta pobieżna kontrola, nie książki Bernhardta (bo z urywków nie ocenia się całości

książki, a jedynie chwyta się myśl Autora) pociąga i zniewala, zniewala do tego, by książce baczniejszą poświęcić uwagę. Powraca się do karty tytułowej z pytaniem: „dla kogo książka przeznaczona"?. Wszakże tak przywykliśmy do wyjaśnień: „podręcznik dla lekarzy i studentów medycyny" lub „wskazówki praktyczne" „skrót" („kompendjum") i t. p.

Tych wyjaśnień na karcie tytułowej omawianej książki Bernhardta nie ma. Nie pisał jej Autor widocznie z jakimś z góry powziętem przeznaczeniem, a tem samem z zamiarem wtłoczenia swych myśli w pewne ściśle określone granice i z zastrzeżeniem: „to mniej ważne", „to pominąć można", ale pisał poniekąd z wewnętrznej potrzeby wypowiedzenia się, dania ze Siebie tego drugim, co przemyślał głęboko, przetrawił gruntownie, i co warto podać jako obraz jasny i pełny obecnego stanu „lecznictwa dermatologicznego". Nigdzie w książce Bernhardta nie znajdujemy zachwalania tego lub owego leku, tej lub owej metody, czy sposobu leczenia, nigdzie bezwzględnego uznania tej, lub owej teorji, natomiast wszędzie i na każdej karcie spokojną ocenę ich wartości i wykazywanie, co mówi praktyka, a co teorja. Bernhardt nie jest tu nigdzie apriorystycznym ani dowolnym, natomiast wszędzie pyta *jak i dlaczego*. I w tem właśnie tkwi niepoślednia wartość książki Bernhardta. Czuje się najwyraźniej, że jeżeli dermatologja jest nauką, to lecznictwo dermatologiczne jest „sztuką" i to sztuką, polegającą nie na dowolności i na stosowaniu na „los szczęścia" leków, ale na gruntownem poznaniu ich właściwości, ich działania istotnego i zamierzonego, a obok tego ich działania ubocznego, przypadkowego, niepożądanego, lub zgoła nieoczekiwanego, bo wynikającego z właściwości osobniczych lub niedoceniania czy też lekceważenia tej prawdy, coraz wybitniej w nauce ujawniającej się, że skóra to nie narząd odrębny, łatwo dostępny i żyjący własnem odrębnem życiem, ale narząd tysiącami nici związany z życiem *całego* ustroju.

*Tu* trzeba szukać odpowiedzi na to tak częste w lecznictwie dermatologicznem „jak" i „dlaczego", *tu* śledzić i badać pilnie za wszystkiem, niczego bez uzasadnienia nie gloryfikować, niczego bez uzasadnienia nie odrzucać. Ten duch, naprawdę zdrowy i rozumny, bynajmniej nie przesadnie realistyczny, ani przesadnie entuzjastyczny wieje z kart omawianej książki Bernhardta. Szkoła? — francuska czy niemiecka?...... Wyraźnych, dobitnych wpływów jednej czy drugiej w książce tej czytelnik nie znajdzie. A więc zręczna komplikacja jednej i drugiej? Nie! Bernhardt w tej książce (jak i w innych poprzednich) jest zawsze Sobą, jest oryginalny i intuicyjny. Tu mówi praktyk, praktyk, który wiele widział, wiele przemyślał, czytane zapamiętał, stosował bez uprzedzeń i bez zbytniego zapału, ale zawsze z sądem trzeźwym i własnym, zawsze z wnikliwą analizą i późniejszą syntezą całości. To podłoże omawianej książki Bernhardta, to bodziec do ostatecznego (ale chciejmy wierzyć nie ostatniego) wypowiedzenia się drukiem Bernhardta.

Po „Chorobach skóry", świetnej pod każdym względem (szczególniej dydaktycznym), „Semjotyce chorób skóry" po omawianych w tem czasopiśmie przed 2-ma laty „Podstawach etjologji i patogenezy ogólnej schorzeń skóry" występuje Autor z dziełem nie byle jakiem, bo z świetnie ujętym, i po mistrzowsku przedstawionym całokształtem „Lecznictwa dermatologicznego" Ta rozumna celowość w kolejnem wydawaniu prac coraz trudniejszych, to wyczekiwanie Autora na zupełną dojrzałość, i możliwie najtroskliwsze i najsumienniejsze, na własnem doświadczeniu oparte opracowanie całokształtu „Lecznictwa dermatologicznego" musiało dać i istotnie dało, rzecz pod każdym względem świetnie i mistrzowsko wykończoną. To pokłon w stronę Autora, pokłon szczery, rzetelny i bezstronny (chociaż mam szczególniejszą „słabość" i sympatję do Autora); niech Mu będzie uznaniem gorącem i serdecznem za Jego trud i pracę, za wzbogacenie polskiego piśmiennictwa dermatologicznego dziełem tak świetnem, tak wartościowem. To dla Niego, dla Autora, za trud i pracę rzetelną. A cóż dla czytelnika? Gdzie obowiązek sprawozdawcy — gdzie omówienie poszczególnych rozdziałów, ocena ich wartości, wyliczenie zagadnień w książce omawianych, rzeczy „istotne", zapewniające zbyt książki i popyt za nią?

Wykazać je nie trudno, jeśli się przytoczy chociażby spis rozdziałów i omówi choćby pobieżnie ich wartość.

Autor dzieli materjał na dwie zasadnicze części na: „Leczenie wewnętrzne schorzeń skóry" i „Leczenie zewnętrzne schorzeń skóry" w czem oczywiście działowi pierwszemu poświęca mniej miejsca (od str. 4—119) a więcej drugiemu (str. 120—388) Ale i w dziale pierwszym nie pomija Autor najdrobniejszych szczegółów leczenia wewnętrznego, podając grupowo: I. Leczenie ogólne chorych, dotkniętych zmianami skóry i II. Leczenie schorzeń skóry metodami ogólnemi w czem znów osobno omawia leczenie środkami aptecznemi, leczenie uodporniające swoiste (surowice, szczepionki), leczenie odczulające (swoiste, nieswoiste), leczenie ogólne elektrycznością, światłem, leczenie zdrojowe (z starannem wyliczeniem zdrojowisk polskich i obcokrajowych), leczenie psychiczne i dietetyczne.

Prawdziwie „revue" obecnego stanu wewnętrznego lecznictwa dermatologicznego; wszystko ujęte grupowo, w należnym porządku, ładzie i składzie, jakby wojskowy przegląd sił zbrojnych, dla oceny właściwej ich wartości i znaczenia. Wartość też i znaczenie każdego sposobu leczenia poddana jest tu szczegółowej analizie, a gdzie można wyjaśnione są sposoby i drogi działania leczniczego. — Z szeregów wyłamał się jedynie Jaczewski, o którego sposobie leczenia gruźlicy skóry (tranem z jodem) Autor, zapewne przez przypadkowe przeoczenie, nie wspomina, bo zresztą wszędzie uwzględnia troskliwie autorów polskich.

Ten dział lecznictwa dermatologicznego (wewnętrznego) tak troskliwie opracowany ocenia słusznie i stawia na właściwem miejscu Autor skoro na str. 120 powiada: „Należy jednak przyznać z całą otwartością, że istnieje jeszcze mniej schorzeń skórnych, w których zdobywa się powodzenie jedynie metodami wewnętrznemi". Uwaga bardzo słuszna a poniekąd i przestroga dla tych, którzy może zbyt entuzjastycznie wierzą w wartość samego leczenia wewnętrznego, w szczególności w opoterapję. A dalej na str. 121: „Jest bowiem rzeczą dla mnie oczywistą, że sztuka leczenia dermatologicznego zawsze będzie szukała oparcia w metodach postępowania zewnętrznego". Ale i temu leczeniu nie oddaje Autor palmy pierwszeństwa bezwzględnego skoro na tejże samej stronie (str. 121) wyraźnie zaznacza: „W zespoleniu umiejętnem metod wewnętrznych i zewnętrznych najczęściej kryje się tajemnica powodzenia leczniczego".

Tę tajemnicę podpatrzeć, a podpatrzoną ku pożytkowi czytelnika zdradzić, jest stałem dążeniem omawianej książki Bernhardta. Wnikliwość i szczegółowa analiza każdego leku, jakoteż sposobu jego stosowania zaznacza się w całej pełni i najdobitniej w II części książki w „Leczeniu zewnętrznem schorzeń skóry". Jest tu wszystko przedstawione tak jasno i tak szczegółowo, że zadowolić musi nawet najbardziej wymagającego „dermatologa-farmaceutę".

Takim „dermatologiem-farmaceutą" (a tych wśród młodego pokolenia jest niestety coraz mniej) i jak okazuje się z książki pierwszorzędnym, jest Bernhardt w całej drugiej części Swej książki, czy to wówczas, gdy mówi o „zarobkach" leków *(vehicula, constituentia)*, czy wówczas, gdy omawia poszczególne grupy leków dermatologicznych a więc: środki przeciwgnilne, przeciwgrzybicze, przeciwpasorzytne, przeciwzapalne, ściągające, środki uśmierzające swędzenie, środki złuszczające, odtleniające, żrące i odbarwiające. Ten dział książki należałoby niemal przemocą wetknąć każdemu uczniowi do ręki nakazem: „czytaj i ucz się pilnie, poznaj to, co tak jest niesłychanie ważne, a tak dziś z powodu gotowych specyfików każdemu współczesnemu uczniowi, co więcej nawet lekarzowi jest zgoła obce i nieznane, poznaj, to co zapoznane i co zapomniane a w czem tkwi niejednokrotnie tajemnica skutecznego leczenia!". Tak pisać umieli tylko dermatolodzy dawnej, starej szkoły, której w tym dziale Bernhardt okazał się świetnym przedstawicielem.

Ostatnie karty książki (od str. 336—388) poświęcone są sposobom:

III. Leczenia chirurgicznego.
IV. Leczenia ciepłotą wysoką.
V. Leczenia ciepłotą niską.
VI. Leczenia miejscowego elektrycznością, wreszcie
VII. Leczenia miejscowego schorzeń skóry światłem.

Ciasne ramy oceny nie pozwalają mi dłużej pisać o tej, pod każdym względem świetnej książce, dodam jedynie, że przewyższa ona swoją wartością najlepsze obce, powszechnie dotąd używane takie jak Leistikowa (w tłomaczeniu i uzupełnieniu Dariera): Thérapetique des maladies de la peau i Schäffera: Therapie der Haut- und vener. Krankheiten. Różni się też od nich układem, gdy bowiem w tamtych po części ogólnej i po wyliczeniu alfabetycznem leków powszechnie używanych (jak u Leistikowa-Dariera) w części drugiej znajdujemy spis chorób (znów alfabetyczny) i zarazem wzory przepisywania leków (recepty) najodpowiedniejszych, w omawianej książce Bernhardta przy ujęciu grupowem leków wzory ich przepisywania (zresztą bardzo liczne) dla jednej i tej samej dermatozy są rozrzucone w rozmaitych rozdziałach.

Dlatego Autor dał Swojej książce tytuł: „Lecznictwo dermatologiczne" a nie „Leczenie chorób skórnych" Nie na szablon

i ułatwienia, ale na całokształt lecznictwa, na jego pełne zrozumienie główny kładąc nacisk. Powiodło Mu się to w całej pełni.

Książka wydana jest bardzo starannie na dobrym papierze, tłoczona dobremi czcionkami a korekta jej przeprowadzona bez zarzutu. Język Autora, miejscami Jemu właściwy, potoczysty i gładki, mianownictwa polskie jak najtroskliwiej wszędzie przestrzegane, troskliwie też uwzględniono piśmiennictwo polskie za wyjątkiem wspomnianego wyżej pominięcia Jaczewskiego, a przy omawianiu leczenia „powietrzem ciekłem" (str. 353) Waltera. W książce pisanej w tak poprawnym polskim języku należałoby unikać wyrażeń nie-polskich, takich jak: „niektóre przypadki miały zejście śmiertelne" (str. 58) lub „w przypadkach znoszących dobrze wysokie dawki" (str. 26), a słowo „zapaść" (str. 29) „przyspieszenie się tętna" (str. 36) lub słowa „wytrząsanie się soli" (str. 130) zastąpić może lepiej brzmiącemi (zapad, przyspieszenie tętna, wytrącanie się soli). Na str. 44 i 246 podano przez pomyłkę mylnie skład płynu Lugola bo: *Jodi puri* 1. *Kali jodat.* 2, *Agu. dest.* 100 a nie jak być powinno 300. Aceton nie jest płynem „o zapachu kamfory" jak podano na str. 157, ale ma znamienną „woń owoców".

Tymolu *(thymolum)* nie można nazywać „kwasem kminkowym" lub „kamforą kminkową" (str. 267), bo jest pochodnym macierzanki (*Thymus serpyllum* i *Th. vulgaris*), a nie kminku *(carum carvi)*. Te drobne usterki pozwalam sobie wytknąć jedynie z obowiązku sprawozdawcy, a wytykam je tem śmielej, że wiem, iż nie umniejszą one w niczem wartości tej świetnej, godnej najszerszego rozpowszechnienia książki.

*J. Lenartowicz.*

---

## BIBLIOGRAFJA.

### Artykuły oryginalne w czasopismach.

### Piśmiennictwo polskie.

*Przemysł chemiczny*, nr. 9, z r. 1930: W. Świętosławski i M. Chorąży: Z badań nad wytrzymałością mechaniczną koksu górnośląskiego. — L. Wasilewski: Stan obecny odsiarkowywania gazów koksowych.

*Przegląd lekarski*, nr. 3 i 4, z r. 1930: miesięcznik poświęcony praktycznym postępom wiedzy lekarskiej, zawiera bardzo liczne referaty z krajowych i zagranicznych czasopism, z rozmaitych gałęzi nauk lekarskich.

*Dziecko i matka*, rok V, nr. 8, z r. 1930: J. Korczakowska: Wiersz „Cipuś". — M. Benisławska: Rozmowa z dzieckiem. — J. Strzelecka: Kultura życia towarzyskiego wśród dzieci. — E. Szelburg-Zarębina: Tragiczne święcone czyli.... wronie jaja. — L. K.: Matka a gospodarstwo domowe. — M. D.: Dziecko a ból fizyczny. — A. Klęsk: Leczenie skrzywień u dzieci. — M. Biehler: Błonica. — F. Łuniewska: O gruźliczem zapaleniu opon mózgowych.

*Warszawskie czasopismo lekarskie*, rok VII, nr. 18, z 1 maja 1930: N. Pryłucki: Schorzenia nerwowe w przebiegu niedokrewności złośliwej a terapja wątrobowa (dok.). — A. Bram: Przyczynek do wczesnego rozpoznania złośliwych przerzutów w płucach. — H. Landau i M. Orłowski: Przypadek zwężenia okolicy dolnego zgięcia dwunastnicy. — E. Birsowski: Z dziedziny ginekologji (streszcz. zbior.). — M. Kacprzak: Z zagadnień sanitarnych Holandji (c. d.). — Wł. Frankowski: O ideową nadbudowę Związku lekarzy.

*Wiedza lekarska*, rok IV, nr. 4, z r. 1930: A. Bryliński: Prosphacid Dr. Romanowskiego.

*Młoda matka*, nr. 9, z r. 1930: J. Wiszniewski: Pielęgnowanie wcześniaków. — Cz. Hoppe: Chód kaczkowy. — Z. Glińska: Jak przygotować letnie mieszkanie pod względem higjenicznym. — J. Śmiarowska: Z higjeny macierzyństwa. — J. Strzelecka: Dziecko łatwe do prowadzenia. — Ha. S.: „Kok" Kazika. — Z. Jaxa-Bykowska: Ciernie kwitną. — J. Brzósko-Guderska: Co dalej zrobimy w ogródku. — F. Ilkowska: Podział zabawek.

*Wychowanie fizyczne*, rok XI, nr. 5, z r. 1930: E. Piasecki: Układ całości wychowania fizycznego: systemy, metody, eklektyzm, zasady, syntezy. — L. Zbyszewski: Funkcja czasu jako czynnik określenia pobudliwości (dok.). — K. Stojanowski: Przyczynek do poznania doboru wojskowego. — E. Falk: Ćwiczenia cielesne jako przedmiot nauczania w szkołach (c. d.). — Wł. Czarniecki: Osnowa I dla dziatwy od 6—8 lat. — Z. Nożyńska: Przykład osnowy lekcji boiskowej dla dziewcząt w wieku od 10—12 lat. — A. Pigoniówna: Metodyczne przygotowanie do spinania wpion. — Wł. Czarniecki: Znaczenie wychowawcze oraz organizacja obozów letnich dla młodzieży szkolnej. — M. Dorywalski: Żeglarstwo.

*Nowiny społeczno-lekarskie*, rocznik IV, nr. 9, z 1 maja 1930: A. Sabatowski: Zasoby lecznicze Polski. — S. Sroczyński: Zdrojowisko Inowrocław. — Dembicki: Czy Ciechocinek posiada warunki, aby się stać wielkiem uzdrowiskiem? — X. Y.: Truskawiec, jego rozwój, cechy lecznicze i wskazania. — L. Dydyński: Morszyn. — R. Kochlöffer: Gruźlica płucna a wskazania lecznicze w Szczawnicy — Inż. Żaczyński: Znaczenie gospodarcze i postulaty gospodarcze uzdrowisk polskich. — W. Grzywo-Dąbrowski: Oględziny zwłok sądowo-lekarskich.

*Wiadomości farmaceutyczne*, rok LVII, nr. 18, z 4 maja 1930: M. Chorzelska: Kwestja odżywiania w świetle najnowszych badań (c. d.). — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

*Wiadomości weterynaryjne*, rok XII, tom IX, nr. 117, za kwiecień 1930: J. Frendzlowa i Z. Szymanowski: Brucella paraabortus. — Z. Szymanowski: Badania Instytutu Rockefellera nad epidemjologją cholery drobiu.

*Wiadomości lekarskie*, rok III, nr. 4, za kwiecień 1930: L. Fleck: Współczesne pojęcie zakażenia i choroby zakaźnej. — M. Seidler i Mossor: Przypadek torbieli skórzastej wychodzącej z łechtaczki. — J. Szumski: W obliczu reorganizacji lecznictwa Kas chorych. — M. Schieber: Jakie usługi oddaje rentgenodiagnostyka lekarzowi praktykowi.

*Nowiny lekarskie*, rok XLII, zeszyt 9. z 1 maja 1930: Gabr. Mészáros: Indywidualne odżywianie chorych w leczeniach w praktyce. — H. Kaulbersz-Marynowska: Trichocephaliasis u dzieci i leczenie jej za pomocą stovarsolu. — St. Meysner: O wziernikowaniu jamy opłucnej i o operacji Jacobaeusa z podaniem odnośnej literatury. — Wł. Kurlus: Gonacrine (Spiess) przy leczeniu pemphigus neonatorum. — Śląski: Wrażenia z wycieczki szpitalnej na I-szy Międzynarodowy Kongres szpitalnictwa w Atlantic City.

*Przyroda i technika*, rok IX, nr. 5, z maja 1930: M. Fiedler: Hüllowa: Jak pracują Mościce. — St. Chrząszczewski: O chorobie papuziej (Psitacosis). — F. Bardecki: O zastosowaniach komórki światłoczułej.

*Archiwum historji i filozofji medycyny oraz historji nauk przyrodniczych*, tom X, zeszyt 1, z r. 1930: L. Zembrzuski: Średniowieczny utwór „Regimen sanitatis salernitatum" w oświetleniu niektórych dawniejszych autorów polskich. — St. Trzebiński: Tomasza Sydenhama koncepcje epidemjologiczne a Chałubińskiego „Zimnica". — L. Wachholz: Ludwik Teichmann (Szkic biograficzno-historyczny). — X. E. Majkowski: Rachunki kolektorji poznańskiej z należytości płaconych przez miasta wielkopolskie na utrzymanie studentów medycyny w Szkole Głównej Koronnej w Krakowie w latach 1785—1792. — A. Wrzosek: Pierwsze lata działalności lekarskiej Karola Marcinkowskiego (1823—1830). — J. Tur: Pojęcie homologji w pismach Harvey'a i de Graaf'a. — St. Trzebiński: O apologji katolicyzmu w historji medycyny i przyrodoznawstwa oraz o dążeniach do wyeliminowania teologicznego światopoglądu z pracy cywilizacyjnej. — E. Gilibert: List do Viteta z r. 1776. — Wydał H. Trzebiński. — Jędrzej Śniadecki: Memorjał w sprawie założenia klinik na wydziale lekarskim w Szkole Głównej Litewskiej. Wydał A. Wrzosek. — Józef Szczapiński: Ważniejsze wypadki z życia mojego. Wydał A. Wrzosek. — Józef Mianowski: Listy do Kazimierza Krzywickiego (dok.). Wydał A. Wrzosek. — J. Alkiewicz: Syphilis polonica. — J. Fritz: Szymon z Łowicza. Chiromantia. Michał Gehler. — K. Kordasiewicz: Wykaz druków lekarskich XV, XVI i XVII w. znajdujących się w Bibljotece publicznej m. Warszawy.

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

### Piśmiennictwo czeskie.

### Praktický Lékař.

Rocznik X. Zeszyt 1. 1930.

Doc. Dr. H. Pelc: *Stan lekarski.*

Dr. F. Tomanek: *Leczenie raka skóry.*

Dr. L. Fischer: *Odra* (obliczenia statystyczne).

Dr. J. Mouzek: *Lekarz a trauma.*

Dr. U. Uher: *O etjologji nowotworów.* Autor podaje pobieżnie cały szereg poglądów o powstawaniu nowotworów. Po

rozpatrzeniu podaje liczby statystyczne. Dochodzi do przekonania, że głównym celem uczonych powinno być zbadanie zmian, występujących przed powstaniem nowotworów. Ono może nam dostarczyć klucza do poznania patologicznej biochemji komórkowej.

Prof. Dr. Rubeška: Śmierć po zastrzyknięciu pół % roztworu chlorku cynkowego do macicy w 3 dniu po poronieniu w 4 miesiącu. Przyczyna śmierci?

Przypadek sądowy.

Prof. Dr. Prohàzka: *O stosunku opieki leczniczej do kalectwa.*

Prof. Dr. Samberger: *Posłannictwo ideowe domu lekarzy czechosłowackich.*

Dr. I. Procházka: *O lekarzach francuskich.*

Dr. Hladal: *Wrażenia ftisjologiczne z Paryża.*

Zeszyt 2.

Prof. Dr. J. Levit: *Udoskonalenie znieczulenia miejscowego przy pomocy percainy.*

Percain okazał się najsilniejszym z dotychczasowych środków znieczulających, pochodzi z grupy chinolinowej a posiada tą wspólną własność z kokainą i novokokainą, że wywołuje znieczulenie. Percainy używa się w stężeniu minimalnem, znieczulenie trwa 10 godzin. Można jej użyć do znieczulenia infiltracyjnego, przewodzącego według Obersta, lędźwiowego, do znieczulenia pęcherza moczowego, do miejscowego usunięcia boleści i t. p. Badania wykazały, iż środek ten zasługuje na stosowanie w klinikach i szpitalach.

Dr. J. Caezar: *Badanie zdolności wzroku u kierowców wozów motorowych.*

Dr. L. Dvorský: *Omyłki w leczeniu gruźlicy kości i stawów.*

Dr. G. Nešpor: *Dwa przypadki zranienia postrzałowego naczyń krwionośnych.*

*Dr. Ungar* (Lwów).

**Piśmiennictwo francuskie.**
**Revue Francaise de Gynecologie et d'Obstetrique.**

Nr. 4. 1929.

Pierra: *Leczenie słońcem w ginekologji.*

Jullien — Amiens: *Mój sposób cięcia cesarskiego szyjnego, polegający na poprzecznem przecięciu dolnego odcinka macicy.*

Autor jest zwolennikiem poprzecznego cięcia macicy w dolnym odcinku. Jest ono zdaniem autora fizjologiczne, gdyż nie przekracza biernej części macicy i gdyby nawet gojenie rany odbywało się *per secundam*, to blizna, znajdując się w biernej części macicy, nie będzie podlegać w przyszłości urazom. Do przecięcia wybiera miejsce najmniej unaczynione. Nigdy nie napotkał w linji przecięcia łożyska, co powodować może dużą utratę krwi i stwarza niekorzystne warunki dla gojenia się rany. Zastosował to cięcie w 21 przypadkach. Operował przypadki z ciepłotą dochodzącą do 38$^0$. Miał 1 zejście śmiertelne, chorobowość nieznaczna — 2 ropienia, 1 zapalenie żył. Wyniki dla dzieci znakomite.

Nr. 5. 1929.

Jeanneney: *Rak szyji w kikucie po nadpochwowem odcięciu macicy.*

Balard, Lacquière: *Metoda Delmas w porodzie prawidłowym.*

Dujol: *Ropne zapalenie wsierdzia wywołane przez gronkowce w przebiegu zakażenia po poronieniu, wyleczone szczepionką gronkowcową.*

Nr. 6. 1929.

Keller — Strasbourg: *Niebezpieczeństwo wyłuszczenia włókniaków.*

Burger: *Krwotoki podczas cięcia cesarskiego w dolnym odcinku.*

Tasowatz: *Znieczulenie rdzeniowe w cięciu cesarskiem szyjnem.*

Ackermann: *Nowy aparat do electrotermoterapji lub diatermji Gynocalor.*

Nr. 7. 1929.

Grosse — Nantes: *Czy należy zaraz zeszyć krocze które pękło w czasie porodu.*

Tourneux: *Leczenie zwężenia ujścia macicy zapomocą stomatoplastyki.*

Nr. 8. 1929.

Audebert: *Krwotoki pozałożyskowe.*

W przypadkach krwotoków pozałożyskowych radzi autor jaknajprędzej opróżnić macicę. Niekiedy wystarczyć może przebicie pęcherza płodowego. Jeżeli poród nie postępuje należy opróżnić macicę cięciem cesarskiem. Niekiedy zachodzi potrzeba całkowitego usunięcia macicy. Wybór drogi postępowania zależy od ciężkości przypadku.

Weymeersch: *Porody w znieczuleniu rdzeniowym.*

Autor jest zwolennikiem stosowania metody Delmas w przypadkach, w których ze względu na matkę lub dziecko zachodzi potrzeba szybkiego ukończenia porodu.

Barthélemy: *Wskazania do operacyjnego leczenia włókniaków, ulegających w czasie ciąży martwicy.*

*St. M.* (Lwów).

**Piśmiennictwo amerykańskie.**
**Clinical Surgery and Medicine.**

Vol. 37. Nr. 3. Marzec 1930.

J. H. Hutton wskazuje na *czynniki wewnętrznowydzielnicze przy przeziębieniach,* mianowicie na hypothyreoidismus i hypovarismus. Współudział tych zaburzeń wskazuje leczenie. Przetwory tarczycowe i jajnikowe usuwają w dobranych przypadkach długotrwałe nieżyty górnych dróg oddechowych. Również zbyt obfita w białka djeta może przez przeciążenie czynnościowe gruczołów przytarczycznych powodować ich niedomogę, a w następstwie m. i. skłonność do zakatarzeń. Taka djeta powoduje przesunięcie równowagi zasadowo-kwasowej na stronę kwasów; autor przypomina stosowanie alkaljów w takich przypadkach ze skutkiem dodatnim.

G. J. Warnshuis pisze też *o przeziębieniu.*

J. C. Bloodgood: *Rak, jako problem higjeny społecznej.*

Autor radzi, by w szkołach uczono dzieci, jak wyczuwać guzki nieprawidłowe — przydać się to może w życiu dla wczesnego poddania się badaniu w podejrzanych przypadkach. Natychmiastowe prześwietlanie w razie bólu w kościach u dzieci *(sarcoma).* Zwracanie uwagi na niestrawność od wczesnego dzieciństwa może później zapobiec zbyt późnemu zauważeniu objawów raka żołądka.

(Nauki te trzebaby przeprowadzić nader ostrożnie, by nie powiększyć zastraszająco zastępu neuropatów. — Ref.).

G. E. Jorgenson: *Działanie jodyny podanej dożylnie.*

Autor badał działanie jodyny podanej dożylnie. Jest ono zupełnie nieszkodliwe przy użyciu 5% roztworu wodnego rozcieńczonego w stosunku 1 : 10 jałową, dwukrotnie przekroploną wodą.

H. Beust: *Energja promienista w ginekologji.*

Autor omawia metody Lacapere'a przy leczeniu przewlekłych spraw zapalnych zapomocą ciał radjoaktywnych (bromku radu, uranu, fluoresceiny), w postaci ołówków, gałek, maści. Używa się więc niefiltrowanej energji. Dobry wpływ na sprawy zapalne, zwłaszcza krwotoczne, przez działanie hemostatyczne.

I. R. Pels podaje uwagi *o trądziku pospolitym.*

Dodatni odczyn Wassermanna, utrzymujący się latami, mimo zwykłego leczenia, zmienił się w ujemny pod wpływem leczenia kolloidalnym siarczkiem rtęci po 1 ccm dożylnie co 3—4 dni, kilkanaście razy. Większe dawki wywołują przykre objawy. (E. D. Levinsohn).

**The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.**

Vol. XV. Nr. 5. Luty 1930.
Vol. XVI. Nr. 6. Marzec 1930.

A. S. Giordano i R. L. Sensenich opisują na podstawie 35 przypadków *zakażenie Brucella abortus u człowieka.* Rozróżniają postać posocznicową, stawową, nerwową, trzewiową, gruczołową. Omawiają objawy, rozpoznanie, obraz krwi w szczególności odczyn zlepiania, odczytywany jako dodatni przy conajmniej 1 : 40. Opadanie miana w przebiegu pozwala na lepsze rokowanie. Zlepianie przy wysokiem mianie utrzymuje się jednak i po przebrzmieniu objawów klinicznych nieraz przez rok i dłużej. Leczenie jest objawowe. Chemoterapja i proteinoterapja okazały się nieskuteczne. Widoki ma leczenie szczepionkami swoistemi.

Ch. M. Carpenter i R. A. Boak omawiają *rozpoznawanie gorączki maltańskiej w pracowni.*

Głównie pracownia jest w stanie upewnić rozpoznanie zapomocą próby zlepiania, związania dopełniacza, posiewu krwi, próby zlepienia absorbcyjnej oraz obrazu krwi. Przeprowadzając te próby

unika się głównej trudności w odróżnieniu Brucella *melitensis* od B. *abortus*, która powoduje przeważną część gorączek. Co do próby zlepienia, to miano może być i w pozytywnych przypadkach niskie (1 : 15). To zapatrywanie autorów jest tedy nieco inne, niż w zreferowanym powyżej artykule Ciordano. Carpenter uchodzi jednak za najbardziej doświadczonego badacza laboratoryjnego Br. abortus w Stanach. Autorzy omawiają technikę wymienionych badań. Do szczepień nadaje się najlepiej świnka morska. Obraz krwi może być w lżejszych wypadkach niezmieniony, w cięższych jest wtórna niedokrwistość, leukopenja z względną i bezwzględną limfocytozą. Zdarza się monocytoza.

F. B. Lynch i A. M. Callan: *Spostrzeżenia nad zlepianiem przez Br. abortus.*

K. F. Meyer i B. Eddie: *Uwagi o bakterjologji grupy Brucella.*

Wszystkie te prace były odczytywane na Kongresie Patologów Amerykańskich w lipcu 1929 r., poczem nastąpiła dyskusja na poruszony w nich temat.

F. H. Lamb omawia *samoistny krwotok oponowy*. Znamionuje się on gwałtownym początkiem objawów podrażnienia oponowego bez widocznej przyczyny, krwawym płynem mózgordzeniowym pod wzmożonem ciśnieniem i szybkiem ustępowaniem pod wpływem usuwania tego płynu. Te znamiona odróżniają samoistny krwotok od przewlocznego krwotoku podoponowego (*pachymeningitis haemorrhagica interna*).

L. G. Hadjopoulos i R. Burbank przeprowadzili *badania nad chorobotwórczością paciorkowców i ich własnościami zaczyniania węglowodanów.* W przypadkach *endocarditis* wyhodowali ze krwi paciorkowce, które grupują w 3 rodzaje według wzoru Holmana zaczyniania węglowodanów i twierdzą, że każdemu rodzajowi odpowiada inna symptomatologja kliniczna przypadku. Również dla przypadków *mastoiditis, polyarthritis* i ostrej gorączki gośćcowej uznają różne gatunki paciorkowca.

L. H. Hitzrot i F. B. Lynch: *Określenie skuteczności hodowli Acidophilus w zaburzeniach czynnościowych jelita grubego.* Autorzy próbowali wpływać zaszczepieniem *lactobacillus acidophilus* do jelit na ich florę. Uzyskiwali poprawę zaburzeń jelitowych przy używaniu dodatkowem laktozy, choć flora zdawała się nie ulegać zmianie.

R. S. Hubbarda i C. E. Case: *Stężenie białka w surowicy w przypadku myeloma multiplex o typie plazmatycznokomórkowym*, przy istnieniu białka Bence-Jones'a w moczu okazało się normalne według autorów, wbrew badaniom innych autorów.

H. R. Colwell podaje *przyrząd do równomiernego powolnego wlewania dożylnego.*

C. H. Manlove podaje *sposób uwydatniania preparatów anatomicznych*, mający wartość przy urządzaniu muzeów.

J. E. Blair i W. J. Galland podaje *ilościową próbę tuberkulinową*, która jest modyfikacją (co do rozcieńczeń) próby Atsatt'a.

J. S. Cunningham i P. L. Cummings: *Hodowla prątków gruźliczych z plwociny metodą Corner-Uyei.* Metoda ta jest ważnym środkiem pracownianym dla wykrycia prątków w plwocinie. Powinno się przeprowadzać ją prócz barwienia Ziehl-Neelsen'owskiego pod warunkiem dokładności w technice zabijania innych drobnoustrojów z plwociny, przeszkadzających hodowli.

R. G. Owen i H. E. Cope przeprowadzają *porównanie prób Kolmera, Wassermanna i Kahna z badaniem w ciemnem polu w kile pierwszorzędnej.*

I. Davidsohn podaje *praktyczny przyrząd do szybszego mycia większej ilości probówek.*

R. D. Templeton i W. F. Bollens opisują *sposób badania lekkich objawów anafilaktycznych* w zstępnicy i macicy różnych zwierząt.

J. M. Mova i J. T. Gault: *Szybkość opadania krwinek czerwonych w thyreotoksykozie*, jest według autorów zwiększona, bez związku z wysokością przemiany podstawowej i ciężkością obrazu klinicznego.

Fradkin i L. S. Schwartz donoszą *o niedokrwistości* sierpowatokomórkowej, znachodzonej prawie wyłącznie u murzynów.

E. R. Mugrage: *Wścieklizna, przenoszona mlekiem.* Autor omawia możliwość przechodzenia jadu wścieklizny u krów do ich mleka i przychyla się ku zaprzeczeniu jej.

O. A. Brines: *Złośliwy nowotwór jądra* ma według autora zawsze znamiona mieszanego pod względem anatomicznym. Artykuł zawiera liczne (11) dobre mikrofotogramy.

C. L. Spohr: *Poznawanie i znaczenie retikulocytów.* Autor podnosi ich prognostyczne znaczenie przy niedokrwistościach, ścisły związek ze zdolnością odtwórczą szpiku. Prócz znanych faktów w dziedzinie niedokrwistości złośliwej, donosi o próbach leczenia niedokrwistości beztwórczej (anaemia aplastica) wątrobą płodową. Zwykle leczenie wątrobowe jest, jak wiadomo, w takich postaciach niedokrwistości zupełnie nieskuteczne. Jako jeden z wyrazów braku zdolności odtwórczej szpiku w tych wypadkach spostrzega się brak retikulocytów we krwi krążącej. Przy leczeniu wątrobą płodową Upham i Nelson uzyskali poprawę, dotyczącą krwotoków, ilości krwinek czerwonych (z 1,300.000 do 3,300.000), oraz ukazanie się retikulocytów.

A. H. Sandford i Ch. Sheard opisują *oznaczanie hemoglobiny zapomocą fotoelektrometru.*

B. W. Rhamy: *Sposób barwienia skrawków.*

R. Gilbert i M. B. Coleman: *Wpływ żółci na odczyn zlepiania.* Wyraża się w unieczynnieniu własności litycznych używanych surowic.

R. A. Keilty: *O zapaleniu dziąseł.* (Ciąg dalszy). Drobnoustroje, spotykane w wysięku zapalnym ropnym koło szyjki zębów należą do różnych gatunków: Borrelia, fusiformis, V. sputigenus, Acidophilus, Mycelia; pierwotniaki endamoeba, trichomonas.

*Bincer* (Kraków).

### Journal of Nervous and Mental Disease.

Styczeń 1930. Vol. 71. Nr. 1.

Herman Gordiner (New York): *Przypadek zaczopowania lewej tylnej dolnej tętnicy móżdżkowej.* Autor przytacza ciekawy przypadek nagłego zaczopowania tętnicy, móżdżkowej tylnej, po którym powstała nekroza bocznej części rdzenia przedłużonego. Objawy ograniczyły się do zawrotów głowy z wymiotami, trudnością względnie niemożnością połykania, osłabieniem siły głosu. Wystąpiło również chwianie się w stronę lewą, bezład i zaburzenie czucia głębokiego w lewych kończynach, przy zachowaniu czucia dotykowego. Kompletne znieczulenie bólowe i termiczne po stronie prawej i objaw Hornera po stronie lewej. Objawów motorycznych nie stwierdzono.

J. Notkin (New York): *Objawy epileptyczne w przebiegu parkinsonizmu pośpiączkowego.* Na podstawie jednego własnego przypadku i bardzo dokładnie zebranej literatury zastanawia się autor nad częstością ataków epileptycznych u parkinsoników. Bierze on jedynie pod uwagę ataki Jacksona, zwykłe ataki drgawkowe i ataki toniczne infra-cortikalne nie wchodząc w omawianie napadowego odwracania gałek ocznych tak częstych u parkinsoników. Na podstawie literatury przychodzi do przekonania, że ataki Jacksona i korowe a więc drgawkowe nie są tak rzadkie jak to jest ogólnie przyjęte natomiast znacznie rzadsze są ataki toniczne podkorowe. Autor jest zdania, że w przypadkach ataków striarnych a więc podkorowych spotyka się zawsze zmiany anatomiczne w striatum. Hitzig, Prus, Nothnagel Ziehen drażniąc jądra podkorowe otrzymywali skurcze toniczne. Rzadkość ataków u encephalityków tłumaczy sobie tem że nie każdy organizm ma właśnie taki niski próg pobudliwości, który jest przyczyną ataku.

George Hassin, Artur Stenn i H. Burstein (Chicago): *Przypadek ciekawych ruchów stereotypowych przy chodzie.* Opis zaburzenia ruchowego stojącego między pląsawicą a tickiem, a objawiający się upadkiem na ziemię przy próbach chodzenia ze skręcającemi ruchami. Przy różniczkowaniu wzięto pod uwagę hysterję i chorobę występującą u malajczyków pod nazwa „Latah". Cztero-miesięczne izolowanie nie przyniosło poprawy. Autorowie zaliczają ten przypadek do odmiany ticków.

Robert Pitfield (Philadelphia): *Arytmia sercowa powodowana guzem mózgu.* Włókniak wychodzący z lewego nerwu słuchowego i uciskający na nerw błędny — wywołał zdaniem autora u pacjentki słaby *pulsus alternans.*

Clifford Farr, L. Schwartz, Lauren Smith (Philadelphia): *Względne znaczenie czynników dziedzicznych w psychozach konstytucjonalnych i organicznych.* Autorowie zebrali historje chorób i dokładną anamnezę rodzinną 100 przypadków paraliżu postępującego i 100 przypadków psychozy maniakalno-depresyjnej. Na podstawie rodzinnej anamnezy dochodzą do wniosku, że obarczenie chorobami umysłowemi w tych dwóch rodzajach psychoz jest prawie, że równe — wobec czego przychodzą do wniosku, że paralitycy i tak najprawdopodobniej zachorowaliby na jakąś psychozę, gdyby nie zarazili się luesem. W końcu autorowie podnoszą niezgodne wyniki badań statystycznych, które zależą od bardzo różnych czynników.

*Dr. Brzezicki* (Kraków).

## RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

### Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia poświęconego sprawom szpitalnictwa z dn. 23. I. 1930 r.

Przewodniczący: Wiceprezes L. Paszkiewicz.

Obecnych członków T-wa 41. Wprowadzonych gości 12.

1. Wiceprezes odczytał zaproszenie przysłane od dziekanatu Lekarskiego Uniwers. Warsz. na akademię w dniu 1 lutego r. b., ku uczczeniu zasług prof. Dra Kazimierza Noiszewskiego ustępującego ze stanowiska kierownika kliniki chorób ocznych, Uniwers. Warsz.

2. Kol. J. Śląski wygłosił odczyt z przeźroczami: *Sprawozdanie z I-go Międzynarodowego Kongresu Szpitalnictwa w Atlantic City* oraz ze zwiedzenia szpitali Ameryki. (Streszczenie własne).

W dniu 13 czerwca r. z. odbył się w Atlantic-City (Ameryka Półn.), pierwszy międzynarodowy Kongres Szpitalnictwa — na którym było 44 reprezentantów państw zagranicznych. Delegatami m. stoł. Warszawy był niżej podpisany oraz architekt miasta Wł. Borawski. Zanim Kongres został otwarty uczestnicy Kongresu zostali zaproszeni do zwiedzenia na koszt komitetu najważniejszych miast St. Zjedn. jak Bostonu, Rochesteru, Montrealu, Waszyngtonu, Baltimore, Filadelfji, New Jorku z uwzględnieniem przedewszystkiem urządzeń szpitalnych i sanitarno-higienicznych. Zarówno wspomniane urządzenia, jak i najciekawsze momenty i okazy ze słynnej amerykańskiej organizacji pracy, były przez autora sfotografowane i w postaci udatnych przeźroczy pokazane na zebraniu Towarzystwa. Co się tyczy referatów i prac wygłoszonych i przedyskutowanych podczas seansów Kongresu to najważniejszemi z nich były:

a) Referat prof. Johna Hartwell'a „istota działalności szpitali".

b) Dra Goldwatera z New Jorku „Gospodarczo administracyjne względy przy budowie szpitali nowoczesnych".

c) Prof. Grobera z Jenny „Gospodarka a dochody szpitalne".

d) Prof. Gauchon i Brison'a o „narodowych stow. szpitalnych i utworzeniu stow. międzynarodowego".

Trzeba wyznać, że referaty tak Hartwella jak Goldwatera a w szczególności prof. Grobera poruszają najżywotniejsze tematy z życia codziennego szpitalnictwa doby ostatniej — nieraz kiedy autor naprz. mówi o Kasach Chorych lub o stosunkach partyjnych panoszących się w szpitalnictwie, wydawać się może, że to mowa jest o nas i o naszych opłakanych stosunkach. Ujęcie tych spraw jest tak realne szczere i proste, że każdemu kto interesuje się stanem współczesnym szpitali i poszukuje sposobu wyjścia z fatalnego położenia — radzimy przeczytać te prace in extenso!

Na zakończenie panowie Brison i Gauchon nawołują do energicznego i natychmiastowego tworzenia stowarzyszeń narodowych szpitalnych — skąd delegaci w liczbie 2-ch wedle uchwalonego regulaminu wchodzą w skład Tow. międzynarodowego.

Następny II Kongres międz. odbędzie się w roku 1931 w Wiedniu (czerwiec) pod przewodnictwem prof. Taudlera.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz doroczny: *W. Kosiński.*

### Lekarskie Towarzystwo Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 20 listopada 1929 roku.

Zebranie zagaił prezes Kol. Zahorski w obecności 30 członków i 11 gości. Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego zebrania naukowego, Kol. Zahorski demonstrował chorą po przebytem *Meningitis cerebrospinalis epidemica,* leczoną nardzeniowemi wstrzykiwaniami surowicy przeciwmeningokokowej. Przypadek ten zasługuje na uwagę, iż osiągnięto wyleczenie pomimo późnego rozpoczęcia nardzeniowych wstrzykiwań (dopiero na 27 dzień choroby). Każdorazowo płyn mózgordzeniowy wypuszczany był w ilości 25 cm³, a surowicy wstrzykiwano 20 cm³. Wstrzykiwania dokonano 5 razy, surowica przeciwmeningokokowa była wstrzyknięta w ciągu leczenia w ilości 100 cm³.

Kol. Trawiński przedstawił pacjenta 54-letniego, operowanego przed 3-ma miesiącami z powodu *złamania rzepki,* która wskutek bezpośredniego urazu była roztrzaskana na kilka większych i mniejszych odłamków. Zabieg napotykał na znaczne trudności. Chory przybył do szpitala dopiero w 15-tym dniu po wypadku. Odłamki zostały zbliżone do siebie i związane w należytem ustawieniu, do tego użyto 3-ch szwów z mocnego jedwabiu, a nadto zastosowano obszycie i związanie pierścieniowate („cerclage") też jedwabiem. Po trzech dniach rozpoczęto uruchomianie stawu, poruszając na boki rzepką początkowo ostrożnie, potem silniej, po 9-ciu dniach rozpoczęto ruchy bierne w całym stawie, czynność stawu stopniowo powracała i obecnie pacjent swobodnie zgina i rozgina podudzie w rozległości 100 stopni i już pracuje przeszło 1½ miesiąca.

Kol. Trawiński i Sztuka — demonstrowali 2 pacjentów i preparaty makro- i mikroskopowe:

1) Przypadek *gruźlicy wyrostka robaczkowego* u 24 letniej pacjentki, u której poza wątłą budową żadnych zmian chorobowych swoistych dla gruźlicy nie wykryto. Chora czuje się zupełnie dobrze.

2) Przypadek *wycięcia kątnicy z przylegającym odcinkiem jelita biodrowego i okrężnicy do połowy poprzecznicy (resectio ileocoecalis)* u 24 l. mężczyzny z powodu guza kątnicy. Guz był wielkości pomarańczy, ściśle zrośnięty z otoczeniem, nasuwał wyglądem swym podejrzenie w kierunku gruźlicy i dlatego też zastosowany był tak radykalny zabieg. Badanie mikroskopowe wykazało, że guz jest pochodzenia zapalnego, prawdopodobnie powyrostkowego.

Kol. Trawiński i Lipnicki przedstawili 5 chorych w rozmaitych okresach leczenia żylaków zastrzykiwaniem do żylaków 20, 30 i 40% roztworu salicylanu sodu. Omówili wskazania i przeciwwskazania tego leczenia oraz technikę zabiegu, podnosząc przytem ściśle dodatnie strony tego sposobu i wielką przewagę w porównaniu z dawniejszemi sposobami operacyjnemi. Uważają, iż sposób ten daje prawie w 100% zupełne wyleczenia.

Kol. Lipnicki — przedstawia dwa przypadki ciężkiego tężca zupełnie wyleczone:

1) *Jako tężec pooperacyjny* — który wystąpił w 10 dni po zabiegu doszczętnym wodniaka jądra, powikłanego krwiakiem w mosznie. Z tego powodu ranę wypadło otworzyć i sączkować (mogło to być punktem wyjścia zakażenia).

2) *Jako tężec przyranny* — po urazie zmiażdżenia stopy wystąpił 6-go dnia. W obu przypadkach od chwili wystąpienia pierwszych objawów leczenie surowicą swoistą, którą wstrzykiwano w dużych dawkach nardzeniowo i domięśniowo. Podawano mniej więcej od 30—50 cm³ jednorazowo przez nakłucia lędźwiowe i w tychże dawkach domięśniowo.

Ogółem 1-szy pacjent dostał 320 cm³ domięśniowo surowicy przeciwtężcowej, 2-gi 310 cm³ dolędźwiowo i 910 cm³ domięśniowo. Pozatem stosowano narkotyki. Leczenie w 1-szym wypadku trwało 24 dni, w drugim 33 i oba zakończyły się zupełnem wyzdrowieniem.

Kol. Nunberg: a) dziecko 1½ roczne po przebyciu *Empyema pleurae.* Przed 1½ miesiącem dziecko zachorowało na zapalenie płuc, w 9-tym dniu choroby począł gromadzić się wysięk początkowo surowiczy. Po upływie miesiąca dziecko dostało się do szpitala z temperaturą 38.5° i tętnem 120. Badanie wykazało obszerny lewostronny wysięk, a przez próbne nakłucie wydobyto ropny płyn. Terapja polegała na kilkakrotnem nakłuciu i zastrzyknięciu do worka opłucnowego Rivanolu, później naświetlano choremu bok lampą kwarcową i stosowano kompresy. Już po 1-szem nakłuciu i zastrzyknięciu Rivanolu temperatura opadła zupełnie i stan chorego się poprawił. Po kilku nakłuciach i zastrzykach nastąpiło zupełne wyleczenie. Obecnie jest względne stłumienie, szmery oddechowe wszędzie słyszalne, a roentgenologicznie stwierdzono zaciemnienie na całej stronie lewej z powodu zrostów opłucny.

b) Chorą ze *zwężeniem przełyku,* leczoną drogą konserwatywną. Kobieta lat 18 wypiła kwas octowy 13 tygodni temu. W 6 tygodni po wypadku przybyła do szpitala z tem, że od 2-ch tygodni, prócz płynów nic przełknąć nie może. Zastosowano sondowanie przełyku, lecz z powodu znacznego zwężenia nie można było wprowadzić sondy nawet najmniejszego numeru. Dopiero po wielokrotnych próbach wprowadzono sondę Nr. 16, a później zaczęto wprowadzać stopniowo sondy większych numerów, aż do N. 26. Obecnie pacjentka dobrze połyka potrawy stałe i czuje się dobrze. Roentgen wykazał dwa przewężenia przełyku: jedno w środkowej jego części, a drugie w okolicy wpustu.

Prelegent zwraca uwagę, iż często w przełyku po szeregu sondowań powstają nacieki w miejscach zwężenia, które uniemożliwiają potem wprowadzenie nawet sondy znacznie mniejszego numeru, niż był wprowadzany poprzednio; w takich wypadkach należy przez kilka dni wstrzymać się od sondowania i przeczekać ten czas nacieku, po upływie którego dalsze sondowanie nie sprawia trudności.

c) Pacjenta po operacji wysoko *uwięźniętej przepukliny pachwinowej z powodu repozycji.* Mężczyzna 36-letni od kilku lat miał lewostronną przepuklinę pachwinową. Przed przybyciem do szpitala wystąpiły objawy niedrożności jelita połączone z silnemi bólami. Zawezwany felczer wprawił uwięźniętą przepuklinę, jednak objawy niedrożności jelita nie ustąpiły. Przy oględzinach zewnętrznych, jak i badaniu kanału pachwinowego, nie stwierdzało się przepukliny, rozpoznano jednak wewnętrzne uwięźnięcie przepukliny i przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Stwierdzono wrodzoną przepuklinę, w worku przepuklinowym, prócz płynu nie było żadnej treści, wobec czego otworzono jamę brzuszną i na pętli jelita cienkiego znaleziono kilka krwawych wybroczyn, które powstały z powodu wprowadzenia przepukliny, a o kilka cm dalej na jelicie widniały ślady świeżego uwięźnięcia na przestrzeni około 7 cm. Po zrewidowaniu reszty jelita, zaszyto brzuch, a operację przepukliny wykonano sposobem Girarda. Przebieg pooperacyjny dobry, w 3 tygodnie po zabiegu pacjent opuścił szpital. Po drugiej zaś stronie jądro znaidowało się w kanale pachwinowym i było w częściowym zaniku.

d) Pacjentkę po usunięciu *torbieli jajnikowej.* Kobieta lat 33 zauważyła stałe powiększanie się brzucha, miewała jednak perjody lecz znacznie skąpsze niż poprzednio. Perjody na 5 miesięcy przed zabiegiem zupełnie ustały. Rozpoznano u niej ciążę. Do szpitala przybyła z ogromnym brzuchem z bólami w górnej jego części, była przytem bardzo wycieńczona, miała duszność i nie mogła stać o własnych siłach. Temperatura 37,8°, tętno 90. Badanie wykazało cystę jajnikową. W czasie zabiegu stwierdzono kilka litrów wolnego płynu w jamie brzusznej, oraz olbrzymią cystę jajnikową, którą w całości usunięto. Waga cysty wynosiła $11^1/_2$ kg. Drugi jajnik okazał się zupełnie normalny i jest pozostawiony. Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry, chora szybko powróciła do zdrowia.

*W dyskusji* nad demontrowanemi przypadkami i preparatami zabierali głos Koledzy: Witkowski, Wołkowicz, Trawiński i Nasiłowski.

Na tem posiedzenie zakończono.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 18 grudnia 1929 roku.

Zebranie zagaił Prezes T-wa Kol. Zahorski w obecności 24 członków i 12 gości. Przed rozpoczęciem posiedzenia zebrani uczcili przez powstanie pamięć zmarłego w Dąbrowie ś. p. Kolegi Bendarzewskiego.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego zebrania naukowego, Kol. Nasiłowski demonstrował roczne dziecko *z wrodzoną wadą serca i prawostronnym niedowładem.*

Kol. Molicki przedstawił pacjentkę lat dwudziestu kilku, która zachorowała na zapalenie *opon mózgowo-rdzeniowych,* była leczona domięśniowemi zastrzykami surowicy przeciwmeningokokowej po 20 cm³ każdorazowo. Na 120 dzień choroby zastrzyknięto surowicę dordzeniowo i nastąpiło zupełne wyleczenie.

Kol. Trawiński demonstruje chorego po operacji wycięcia jelita cienkiego z powodu *stopniowo narastającej niedrożności.* Wycięty odcinek 1 metr 15 cm jelita był w 4-ch miejscach znacznie przewężony z powodu owrzodzeń gruźliczych, które były w odstępach 15—20 cm od siebie, natomiast w odcinkach doprowadzających był duży przerost roboczy. Po wycięciu chorobowo zmienionego odcinka, końce jelita połączono ze sobą, koniec do końca za pomocą szwu t. zw. jałowego. Szybkie wyzdrowienie i doskonała poprawa w stanie ogólnym chorego.

2) Chorego w 4 tygodnie po operacji *pierwotnego zeszycia rozerwanej cewki moczowej po urazie.* Rozerwanie nastąpiło na kroczu wskutek spadnięcia na twardy przedmiot. Chory operowany był w 8 godzin po wypadku. Wykonano cięcie płatowe na kroczu, usunięto skrzepy i zeszyto zupełnie przerwaną cewkę, ranę zeszyto. Przetoki pęcherzowej nie zakładano, pozostawiono tylko cewnik na stałe. Rana zagoiła się gładko. Obecnie chory oddaje mocz zupełnie normalnie grubym i silnym strumieniem.

3) Pokazuje preparat *jelita cienkiego,* wyciętego przed 2 tygodniami z powodu guza na tem jelicie. Guz po zbadaniu mikroskopowem okazał się mięsakiem. Należy to do wielkich rzadkości. Rokowanie niepewne, gdyż łatwo mogą nastąpić nawroty. Pacjent był w stanie bardzo znacznego wyniszczenia, po zabiegu zaczął się poprawiać.

Kol. Nunberg wygłasza bardzo obszerny referat *„Empyema (pleurae)".* Otwarte czy zamknięte leczenie?

Na wstępie swego referatu prelegent podkreślił, że referat jego dotyczy wyłącznie empyematów ostrych, a nie specyficznych.

Leczenie chirurgiczne tej sprawy chorobowej było znane już w dawnych wiekach. Omówił dokładnie anatomję i fizjologię klatki piersiowej, jako całości, oraz patologię empyematów, aby dać możność dokładnego zrozumienia tych zmian, jakie zachodzą w klatce piersiowej pod wpływem ropnego zapalenia opłucny, przyczem zmiany te ilustrował na ekranie. Powołując się na bardzo obszerne dane statystyczne ostatnich 2-ch stuleci, wykazał, że pierwotne chirurgiczne leczenie dawało prawie 90—100% śmiertelności, statystyki zaś z najbliższych lat wykazują jeszcze od 30—50% śmiertelności, która się znacznie powiększa, zwłaszcza przy empyematach grypowych, i u dzieci w pierwszych dwóch latach życia i dochodzi od 80—90%.

Jako przyczyny tej wysokiej śmiertelności widzi z jednej strony: zaburzenia normalnego ciśnienia w klatce piersiowej z powodu otwartej odmy, migania śródpiersia z przemieszczeniem położonych w niem narządów, przegięciem wielkich naczyń krwionośnych i wynikłych z tego groźnych zaburzeń krążenia; z drugiej zaś strony, wchodzi tutaj w grę cały szereg innych czynników: ochłodzenie opłucnej, zwiększenie złośliwości infekcji z powodu odmy, możliwość powstania ostrego obrzęku płuca z powodu nagłego zmniejszenia ucisku oraz poważnych zaburzeń oddechowych i krążenia na tle zapadnięcia się płuca.

Niebezpieczeństwa wymienione w 1-szej grupie powstają przy niezmienionej jeszcze błonie śródpiersia, która łatwo podlega wszelkim zmianom ciśnienia. Gdy zaś wskutek procesu chorobowego nastąpi zgrubienie i do pewnego stopnia unieruchomienie śródpiersia, to wtedy niebezpieczeństwa te przestają być groźne, to też zabieg operacyjny im później został wykonany od początku choroby, tem lepsze daje wyniki, co prelegent potwierdza danemi statystycznemi, które wskazują, że najbardziej odpowiedni okres dla zabiegu jest 4-ty tydzień od początku tworzenia się wysięku i po wygaśnięciu pierwotnego płucnego procesu chorobowego. Z powodu wielkiej śmiertelności po wczesnych operacjach przy empyematach, zaczęto stosować leczenie bardziej konserwatywne, które umożliwia usuwanie ropy, zmniejszając przez to ciśnienie wewnątrz klatki piersiowej, a tem samem podnosi się czynności oddechowe i przyspiesza wchłanianie wysięku.

Z metod chirurgicznego konserwatywnego leczenia prelegent omawia:

1) Nakłucia z przepłukiwaniem worka opłucnowego lub bez.

2) Nakłucia z wprowadzeniem środków leczniczych (optochina, rivanol, autoszczepionki i inne).

3) Zamknięte drenowanie.

4) Aspiracja.

5) Metody kombinowane.

Odpowiednio zastosowane wymienione metody zmniejszają znacznie śmiertelność i często dają możliwość nawet zupełnego wyleczenia, a jeżeli jednak zachodzi wskazanie do radykalnego zabiegu, to zabieg ten ma już znacznie korzystniejsze warunki, co potwierdzają statystyki różnych klinicystów. Opierając się na obecnej statystyce, wykazującej wysoką jeszcze śmiertelność przy pierwotnej resekcji, nowoczesne zapatrywania klinicystów na otwarte czy zamknięte leczenie empyematów są:

wszystkie empyematy powinny być leczone najpierw metodami zamkniętego leczenia, a gdy te zawodzą, to wtedy dopiero należy operować, wyjątek stanowią empyematy powstałe z powodu przebicia się ropnia lub ogniska gangrenowego do worka opłucny, phlegmona samej opłucnej, zbyt gęsta ropa i empyematy międzypłatowe.

Na zakończenie prelegent zaleca powściągliwość otwartego leczenia u małych dzieci do 2-ch lat i przy empyematach pogrypowych, we wszystkich zaś wypadkach, gdzie jest wskazana operacja, należy uprzednio wypuścić pewną ilość płynu, aby w ten sposób zwiększyć szanse operacyjne.

Sekretarz: *Dr. Liedtke.* Prezes: *Dr. Zahorski.*

## Towarzystwo lekarskie Łódzkie.

Protokół z posiedzenia z dnia 20 listopada 1929 r.

1. Kol. Schweig przedstawia: chora H. W. liczy lat 19, Ojciec liczy lat 48, nie widzi dobrze i nosi stale okulary (chora mówi o nim, że jest również krótkowzroczny), matka licząca lat 49; trzej bracia i trzy siostry widzą dobrze i nie noszą szkieł. Jeden brat, mając lat 14, umarł; chorował na epilepsję, był o trzy lata młodszy od przedstawionej pacjentki.

Ona sama widzi źle od dzieciństwa, nosi stale okulary, któremi posługuje się zarówno przy patrzeniu na odległość jak też

i przy czytaniu. Ukończyła 4 klasy szkoły powszechnej, dalej się nie uczyła, gdyż lekarz jej zabronił natężenia wzroku.

Stan oczu przedstawia się jak następuje. Niezborność rogówek obustronna 3 dptr w osi prawej prawie poziomej. Ostrość wzroku po korelacji z plus 11 dptr i plus 2 dptryi w osi prawie poziomej na każdem oku 6/24 do 6/18 niezupełnie. Ułożenie powiek normalne. Przy oglądaniu gałek ocznych odrazu spostrzegamy bardzo głębokie przednie komórki i falowanie tęczówek *(iridodonesis)*. Źrenice są wązkie, na światło jeszcze bardziej się zwężają. Już przy wązkich źrenicach widzi się, że większa ich część jest ciemno-czarna przy braku soczewek, a tylko mały wycinek w kierunku nosowo-górnym wykazuje refleks szarawy po stronie źrenicznej zaokrąglony, pochodzący od rąbka wywichniętej w ten sposób soczewki. Mamy zatem do czynienia z obustronnym wywichnięciem soczewek, przyczem przesunięte są one obie na każdem oku w kierunku nosowo-górnym (a więc ku sobie), jako przyrodzona anomalja.

Na homatropinę źrenice bardzo wolno się rozszerzają (przy niebieskich tęczówkach pacjentki należałoby oczekiwać szybkiego działania homatropiny). Widzimy wtedy bardzo ładnie sięgające w obręb źrenic części soczewki, przepuszczających dobrze światło. Od widocznego rąbka soczewki-równika, widzimy strzępy włókien Zinniego, przeciągające poprzez źrenicę i ukrywające się pod tęczówką. Przebieg ich podany będzie dalszemu badaniu pod lampą szczelinową.

2 i 3. Kol. B o c z k o przedstawia dwa wypadki *moczówki prostej (diabetes insipidus)*. Pierwszy dotyczy 15-letniego chłopca, chorego od trzech lat; oddaje moczu do 60 litrów na dobę. Wass. ujemny; roentgen czaszki nic nie wykazał. Chory waży 33 kilo: OB równa się 120. Mocz o ciężarze gatunkowego 1000—1001—1003; wywiady rodzinne bez znaczenia. Podczas pobytu w szpitalu miał dwa ataki padaczki. Leczenie dotychczas bez efektu.

Drugi przypadek dotyczy mężczyzny 44-letniego; wywiady rodzinne bez znaczenia, choruje od dwóch miesięcy; oddaje moczu do 20 litrów na dobę. Wasser. ujemny; roentgen czaszki — nic nie wykazał. Przed dziesięciu laty rzekomo kiła; był leczony; waży 55 kg. P. P. 125/70; ciepłota prawidłowa. Mocz o ciężarze gatunkowym 1000—1005. Przy próbie suchej oddał moczu w ciągu 2 godzin 620,0 o ciężarze 1009. Leczenie nowasurolem dało efekt przejściowy. W obu wypadkach będzie stosowane naświetlanie głębokie Roentgenem.

*W dyskusji* nad temi dwoma pokazami kol. M a r g u l i s zwraca uwagę na to, że pierwszy chory robi wrażenie degeneranta, nie zgadza się z rozpoznaniem drugiego chorego, cierpienie raczej przemawia za polidypsją, a nie moczówką prostą.

Kol. P i k zapytuje, w jakim celu podawano nowasurol.

Kol. L i p k o w i c z zapytuje: „dlaczego przy braku zmian czaszkowych — proponuje się głęboką roentgenoterapję".

Kol. G r o s g l i k: „czy był badany płyn mózgowo-rdzeniowy? Czy można wykluczyć istnienie w przypadkach tych nowotworu".

Kol. P r a s z k i e r zapytuje, czy była badana krew na chlorki i cukier.

Kol. B o r n s t e i n R. jest zdania, że działanie novasurolu tłómaczyć należy, jako działanie leku przeciwkiłowego.

Kol. J e l e n k i e w i c z uważa, że niema żadnej wątpliwości co do rozpoznania schorzenia w przypadkach obu, chociażby tylko ze względu na ilość oddawanego moczu; *diabetes insipidus* może powstawać i przy braku zmian w tylnej części przysadki, bywa to naprz. przy *encephalicie*, gdy mamy uszkodzenie *mesencephalon*.

Kol. B o c z k o w odpowiedzi mówi, że chociaż nie jest znany sposób działania novasurolu są jednak opisywane przypadki wyleczenia po stosowaniu tego leku. Głębokie naświetlanie stosuje się dlatego, że nie jest wykluczone istnienie nowotworu w głębszych warstwach mózgu i dlatego też nie robiono nakłucia w celu wydobycia płynu mózgowo-rdzeniowego.

4. Kol. D y n k i e w i c z przedstawia z oddziału neurologicznego Dr. Frenkla przypadek *niedowładu kończyny po rażeniu piorunem*. Szeregowiec Stefan D. pełnił w nocy służbę podczas burzy w lesie. Nagle zauważył błysk i stracił przytomność na kilka minut. Gdy ją odzyskał, udał się do koszar, gdzie po rozebraniu się stwierdził na zewnętrznej powierzchni lewego ramienia trzy rany powierzchowne, od których szły czarne smugi w postaci gwiazdy, przyczem kończyna górna lewa miała zabarwienie brunatne, lewa zaś dłoń zajęła zabarwienie sino-czerwone. Chirurg, który nazajutrz widział chorego, zakwalifikował obrażenia na lewem ramieniu, jako oparzenie drugiego stopnia.

Objektywnie stwierdzono: koncentryczne zwężenie pola widzenia, zniesienie odruchów śluzówkowych, trzy blizny pooparzeniowe na lewem ramieniu, skóra na obu powierzchniach dłoni lewej jest barwy sinawej, lewa dłoń zimniejsza i bardziej potliwa, osłabienie en masse siły mięśniowej lewej kończyny górnej, zaniki mięśniowe, oraz zniesienie czucia bólwego, dotykowego i cieplnego w obrębie lewej kończyny górnej z wyjątkiem przyśrodkowej powierzchni lewego ramienia.

Kol. D y n k i e w i c z podkreśla zajęcie między innemi włókien sympatycznych, oraz zwraca uwagę na objawy nerwicy urazowej w postaci koncentrycznego zwężenia pola widzenia, zniesienie odruchów śluzówkowych i zaburzeń czucia typu czynnościowego, które to objawy nawarstwiły niedowład właściwy.

5. Kol. A. B e n d e r wygłosił odczyt p. t. *„Zagadnienie niedomogi krążenia w świetle zaburzeń przemiany materji"*. Prelegent, rozważając zagadnienie przyczyn niedomogi krążenia stwierdza niewystarczalność tłómaczenia anatomicznego i rozważa powyższe zagadnienie pod kątem zaburzeń przemiany materji w myśl teorji Eppingiera, Menkesa i Longa. W okresie dekompensacji daje się stwierdzić wadliwa przemiana materji w mięśniach ustroju w tym sensie, że tworzący się kw. mlekowy w stopniu niewystarczającym resyntezuje na glykogen, w wyniku czego gromadzi się ów kw. mlek. w tkankach i krwi. Te nadmierne ilości kwasu mlekowego spalają się w organizmie chorym gorzej, aniżeli w zdrowym i oddziaływują w sensie ujemnym na sprawność układu moderatorów, który to układ u zdekompensowanego sercowo osobnika wykazuje obniżoną sprawność funkcjonalną.

Skutkiem wyżej wymienionych czynników ustrój zakwasza się, w wyniku czego następuje rozszerzenie kapillarów a zwłaszcza praearteriol tętniczo-żylnych, co sprowadza szybszy przypływ krwi, wzmożony transport kwasu węglowego i gorsze wykorzystanie tlenu przez tkanki. Czynniki te obciążają pracę serca, które na skutek zakwaszenia ulega obniżeniu swego napięcia i dylatacji. W miarę stopniowego wyczerpania układu moderatorów węglanowych i wytworzenia stanu następowej hypo względnie akapnji obwodowe krążenie coraz bardziej odmawia posłuszeństwa, w wyniku czego następuje zwolnienie krążenia, jakie daje się zaobserwować w ostatnim stadium niedomogi, co ma wybitny wpływ na wytwarzanie się cjanozy, i obok zmian w obrazie białkowym krwi w sensie polyglobulji, ułatwia powstawanie obrzęków.

*W dyskusji* zabrali głos: Kol. P r a s z k i e r podkreśla, że w świetle powyższych rozważań staje się zrozumiały dla niego fakt, że u zdekomp. osobnika, mimo zastoju biernego w żołądku stwierdza się nadkwaśność. Kol. P r a s z k i e r widzi w tem celowy odruch obronny ustroju.

Kol. G l i k s m a n nie jest skłonny w powyższych zaburzeniach dopatrywać się przyczyn niedomogi, sądzi on, że jednakowoż przyczyny mechaniczne, jak chociażby zanik elastyczności ścian naczyniowych przy hypertonji, zwężenie otworu przedsionków komorowych przy stenozie mitralnej i t. p. czynniki odgrywają rolę decydującą. Jako przykład podaje jeszcze pęknięcie serca, jakie zanotowano wypadkowo u lekko-atletów przy ciężkim wyczynie sportowym.

Kol. J. K o n, zbijając wywody kol. Gliksmana, zaznacza, że ostatni wraca do rzeczy od jakich nauka właśnie odeszła i stwierdza, że kliniki nowoczesne stoją całkowicie pod znakiem rozważań owych zagadnień, które kol. Bender poruszył.

Prelegent w odpowiedzi zaznaczył, że zgadza się z kol. Praszkierem, uważając jednocześnie, że *hyperaciditas* jest jednym z objawów wagotonij, jaka daje się zauważyć w okresie dekompensacji. Z zapatrywaniem kol. Gliksmana zupełnie się nie zgadza, nie negując zresztą czynników mechanicznych, o których zresztą w toku odczytu mówił, ale posługiwanie się li tylko temi czynnikami sprawy nie rozwiąże. Wskazuje jako przykład ową właśnie stenozę mitralną, która w obrazie klinicznym nie postępuje naprzód, a mimo to następuje dekompensacja. Owo pęknięcie serca u lekko-atletów jest zależne od zaburzeń w obwodowym krążeniu, a to dlatego, że przy intensywnej pracy mięśniowej następuje właśnie zakwaszenie, zależne od gromadzącego się w ustroju kw. mlek. i od retencji CO na skutek niewystarczającej wentylacji płuc. Spowodowana przez to silnie zwiększona szybkość przypływu obciąża kolosalnie serce, które (zwłaszcza nietrenowane) — na skutek zakwaszenia ulega dilatacji. Ową niedomogę krążenia u sportowców „effort syndrome" — Lewis właśnie tłómaczy zaburzeniami przemiany materji kw. mlek. i spowodowaną przez to niedomogą obwodowego krążenia.

Protokół z posiedzenia z dn. 27. listopada 1929 r.

1. Kol. Reicher przedstawia z ambulatorjum chorób skórnych (ordynator Layberg) szpitala im. Poznańskich:

a) 34 letnią kobietę, u której na skórze kolana występują przeplatające się smugi hiperpigmentacji, atrofji i telangiektazji. W środku owrzodzenie o dnie nierównem. W anamnezie: przed 5 laty wielokrotne naświetlanie promieniami Roentgena z powodu bliżej nieznanej dermatozy. Owrzodzenie wystąpiło po czterech latach po ostatnim naświetlaniu. *Uszkodzenie promieniami Roentgena: Roentgenulcus.*

b) 5 letnią dziewczynkę, u której na skórze zgięcia łokciowego występują smugi telangiektazji, atrofji, i hiperpigmentacji. Z anamnezy dowiadujemy się, że pacjentka była kilkanaście razy naświetlana promieniami Roentgena z powodu neurodermitu. *Roentgendermatitis chronica.*

c) 17 letnią pacjentkę, u której występują następujace zmiany: 1) Na skórze ciała, policzków i podbródka plamy różowo-czerwone, układające się w figury elipsoidalne, okrągłe, drzewiasto rozgałęziające się. 2) Na klatce piersiowej w okolicy stawu obojczykowo-mostkowego plamy w postaci pierścieni o środku odbarwionym i obwodzie przebarwionym o zabarwieniu bronzowo-różowem. 3) Takież zmiany na piersiach w otoczeniu brodawki sutkowej. 4) Na plecach plamy czerwone, w zupełności przypominające znamiona macierzyste płaskie — *naevus flammeus.* 5) Na przedramionach plamy czerwono-sine, obrączkowate, znikające przy pocieraniu —*livedo calorica.* Zmiany te przechodzą w obwodową sinicę rąk. 6) Na podudziu prawem dwa owrzodzenia o brzegach równo ciętych, pokryte strupami. Z anamnezy wynika, że matka pacjentki roniła w trzecim miesiącu ciąży rok przed narodzeniem się pacjentki. Wassermann matki i pacjentki ++++. Mamy do czynienia z *późną kiłą naczyniową skóry — livedo racemoza luetica.*

Według poglądów szkoły francuskiej należy zapatrywać się na *znamiona macierzyste płaskie,* jako na podejrzane stygmaty kiły wrodzonej, a to wobec częstej koincydencji tych dwóch spraw.

2. Kol. Szyfman przedstawia przypadek niezupełnie jasny pod względem rozpoznawczym; rozpoznanie waha się pomiędzy *mesoaortitem kiłowym a guzem śródpiersia (Mesoaortitis luetica cum dilatatione aortae aut tumor mediastini.*

3. Kol. Grosglik wygłasza odczyt pod tyt.: *Leczenie wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy promieniami Roentgena.*

*W dyskusji* zabrał głos kol. Lipkowicz i prelegent.

4. Kol. Justman pokazał rdzeń zmarłego 12. X. 1929 r. R. L. lat 31, który 15. X. 1928, podczas podnoszenia ciężkiej skrzyni nagle poczuł, że mu coś trzasło w części szyjnej kręgosłupa, a ręce zaczęły mu drętwieć i słabnąć. Nazajutrz kończyny górne były iuż całkiem słabe, a po dwóch tygodniach zaczęły słabnąć kończyny dolne, wystąpiło zatrzymanie naprzemian z nietrzymaniem moczu oraz zaparciem stolca. 5-cio miesięczny pobyt w szpitalu, gdzie leżał w wyciągu, sprowadził dalsze pogorszenie w postaci zupełnego bezwładu kończyn dolnych, oraz odleżyn. W domu nastąpiła pewna poprawa tak, że chodził koło stołu, trzymając się go, lecz od 23. VIII. 1929 r. znów pogorszyło się i utworzyła się nowa odleżyna. Na oddział chorób nerwowych Szpitala Okręgowego Nr. IV, (ordynator dr. B. Frenkiel) przyjęty został 12. IX. 1929 r. Badanie wykazało całkowity bezwład tułowia i kończyn dolnych, wyżej w mięśniach karku i szyi objawy podrażnienia: wzmożenia napięcia mięśni, a przeto utrudnienie ruchów czynnych i biernych, nieco bolesnych. Rozległe zaniki mięśni kończyn górnych przy zachowanych wszystkich ruchach, wykonywanych jednak bez siły. Znaczne zaniki mięśni kończyn dolnych, na udach większe, niż na podudziach. Zniesienie odruchów brzusznych, nosidlowych, podeszwowych i ścięgnowych kończyn dolnych. Z odruchów kończyn górnych jedynie *bicipitalne* b. słabe, pozostałe — zniesione. Nerwy czaszkowe i źrenice zmian nie wykazują. Czucie dotyku bólu i cieplne osłabione w pasie $D_3-D_5$, niżej do $D_{12}$ zniesione, dalej do kolan znacznie upośledzone, niżej trochę mniej upośledzone. Czucie głębokie palców stóp i samych stóp zniesione, wyżej zachowane.

Tony serca czyste; P —116. W płucach norma. W brzuchu mocno wzdętym pęcherz występuje w postaci mocno napiętego guza. Cewnikiem wypuszczono dwie kaczki cuchnącego mętnego moczu, w którym znaleziono 12% białka, ropę, trójfosforany i plemniki. Nakłuciem lędźwiowem wypuszczono pod małem ciśnieniem około 3 $cm^3$ płynu ksantochromicznego, w którym znaleziono 12% białka, poniżej 5 ciałek ropnych na jeden $mm^3$. Nakłucie cysterny ujawniło normalny płyn mózgowo-rdzeniowy, wyciekający pod dużem ciśnieniem. Stan chorego się pogarszał, powstała wielka i głęboka odleżyna na pośladkach, wystąpiła gorączka septyczna i wśród objawów narastającej słabości serca nastąpiła śmierć 12. IX. 1929 r. Po 12 godzinach wyjęto rdzeń i utrwalono w płynie Kayserlinga. Opierając się na nagłym początku po wielkim wysiłku i na szybkim narastaniu objawów rozpoznano wylew krwi do rdzenia z całkowitem prawie zniszczeniem istoty szarej i znacznem uszkodzeniem istoty białej na wysokości od 3-go—5-go segmentu piersiowego. Istotnie, największe zmiany znaleziono na tej wysokości, niżej rozmiary krwotoku zmniejszają się. Lecz nawet w miejscach niżej i wyżej położonych, gdzie makroskopowo wylewu krwawego niema, rysunek normalny przekroju rdzenia jest całkiem zatarty, co świadczy o głębokich zmianach histologicznych. (Autoreferat). P. S. Rzecz będzie omówiona obszerniej zarówno z punktu widzenia klinicznego, jak i anatomopatologicznego w oddzielnej pracy.

**Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Lekarzy polskich b. Galicji Sekcja w Stanisławowie za rok 1929.**

Sekcję Stanisławowską liczącą zaledwie kilka członków z czasów dawniejszych reaktywowano na posiedzeniu organizacyjnem w dniu 29 kwietnia 1929 i obecnie sekcja ta liczy 20 lekarzy, Polaków i obejmuje teren prawie całego Województwa Stanisławowskiego Zarząd sekcji stanowią: Dr. M. Ferensiewicz przewodniczący, Dr. W. Majewski zastępca, Dr. A. Hickiewicz sekretarz, Dr. T. Olszański ref. spraw zawodowych i Dr. Lachmund referent posiedzeń naukowych. Posiedzenia naukowe w tutejszym szpitalu państwowym zainicjował Dyrektor szpitala Dr. A. Lachmund w roku 1928, jako wolne zebrania chętnych lekarzy, po zreorganizowaniu sekcji Towarzystwa lekarzy polskich zebrania te przeszły w zakres jej działania i odbywały się w szpitalu państwowym lub w sanatorjum Dr. Gutta w Stanisławowie. Posiedzeń naukowych w których obok członków brali udział także goście jako prelegenci i słuchacze odbyto w r. 1929:

I. Posiedzeniu w dn. 4. czerwca 1929 w szpit. państwowym:

1. Dr. Lachmund: *w sprawie leczenia operacyjnego przedziurawionych wrzodów żołądka* (odczyt z pokazami chorych).

*Dyskusja:* Dr. Majewski.

2. Dr. Mossor. Pokazy chorych a) *przypadek raka trzustki z objawami choroby Addisona,* b) *przypadek świeżego ropnia płuc, leczony novarsenobenzolem,* c) *przypadek zwężenia zastawki dwudzielnej z ciekawym roentgenogramem.*

*Dyskusja:* Dr. Ferensiewicz, Dr. Lachmund.

3. Dr. Dortort (gość) omawia: *przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowych leczonych surowicą optochiną.*

4. Dr. Kramsztyk (gość z Warszawy) wygłasza odczyt p. t.: *Nowe kierunki w nauce o żywieniu.*

II. Posiedzenie w dn. 18. listopada 1929 r. w sanator. Dr. Gutta.

1. Dr. Mossor: *Sól morszyńska i jej znaczenie w lecznictwie.*

2. Dr. Urman (gość): *O nowym leku stosowanym w położnictwie Hymophysinie.*

*Dyskusja:* Dr. Gutt, Dr. Lachmund.

III. Posiedzenie w dn. 3. grudnia 1929 r. w sanat. Dr. Gutta.

1. Dr. Lachmund: *Referaty z międzynarodowego zjazdu chirurgów w Warszawie. a) O etiologji zakrzepów pooperacyjnych.* b) *Leczenie chirurgiczne choroby Basedowa.*

*Dyskusja:* Dr. Mossor, Dr. Ferensiewicz, Dr. Gutt i prelegent.

2. Dr. Hickiewicz: *O szczepieniu przeciwgruźliczem Calmette'a.*

*Dyskusja:* Dr. Ferensiewicz.

---

**NEKROLOGJA.**

**Ś. p. Stanisław Antecki**

zmarł w Warszawie dnia 9 marca 1930 r. w 57 roku życia Po ukończeniu III. gimnazjum warszawskiego studjował medycynę w uniwersytecie warszawskim, w którym otrzymał dyplom lekarza w r. 1897. Po studjach specjalnych w Pradze czeskiej poświęcił się akuszerji i ginekologji. Od r. 1900 do 1922 zajmował stanowisko ordynatora w jednym z warszawskich przytułków położniczych. Poza pracą zawodową oddawał się i pracy

społecznej: jako student brał czynny udział w życiu konspiracyjnem; za pracę organizacyjną podczas obchodu setnej rocznicy śmierci Kilińskiego był aresztowany. Jako lekarz armji rosyjskiej podczas ostatniej wojny założył w Wiaźmie „Związek Wojskowych Polaków" i pełnił w nim obowiązki skarbnika; prócz tego był założycielem i czynnym członkiem „Polonji Polskiej" klubu, mającego za zadanie krzewienie na obczyźnie polskości, w ktyrym niejednokrotnie wygłaszał odczyty i pogadanki.

Po ukończonej wojnie powrócił do Warszawy i całkowicie poświęcił się praktyce, w której zdobył zasłużone powodzenie. W życiu koleżeńskiem cieszył się niezmierną sympatją za wielką uczynność i zalety towarzyskie; pozostawił po sobie sympatyczne wspomnienie i szczery żal wśród licznego grona przyjaciół i towarzyszów pracy.

Ogłosił drukiem szereg następujących prac: 1) Owrzodzenie śluzówki pochwy — Ginekologja 1905. 2) Przypadek ciąży w komorze szczątkowej macicy dwukomorowej — Przegląd chir. i ginekol. 1912. 3) O wpływie pituitryny na przebieg rzucawki porodowej (razem z Z. Zakrzewskim) — Medycyna i Kronika Lekarska 1912. 4) Pituitryna i jej zastosowanie w położnictwie (razem z Z. Zakrzewskim) — Przegląd chir. i ginekol. 1912. 5) Niepęknięta ciąża jajowodowa — Gazeta Lekarska 1913. 6) W sprawie poronień nawykowych (razem z T. Zwolińskim) — Polska Gazeta Lekarska 1928.

## WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

*Warszawa.*

Posiedzenie naukowe wspólne Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego i Polskiego Towarzystwa Anatomiczno-Zoologicznego odbyło się we wtorek dnia 13 maja 1930 r. o godz. 8-mej wieczorem. A. Policard: Quelques problèmes actuelles d'histopathologie pulmonaire.

Po ukończeniu powyższego posiedzenia odbyło się Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. A. Krasuski: Poglądy Jonstona na choroby płuc i serca.

*Kraków.*

Nowa placówka przemysłowa dla przeróbki kwarcu. W Krakowie przy Alei Mickiewicza 27 powstała niedawno Pracownia Kwarcowa S. Bernacika. Działalność pracowni opiera się na 12-letniem doświadczeniu dra E. Drozdowskiego, konsulenta technicznego firmy. Narazie pracownia wykonuje tylko naprawy i przeprowadza regenerację wszelkich naczyń kwarcowych, jak np. palników do lamp kwarcowych, rur do spalań, tygli, misek i t. p.; specjalnością firmy jest regeneracja palników oraz rur kwarcowych. Dział fabrykacyjny zostanie otwarty za kilka miesięcy; drobne jednakowoż prace konstrukcyjne (aż do przyrządów i aparatów laboratoryjnych) wykonuje się na zamówienie już teraz, z materjału własnego lub dostarczonego, według przekazanych rysunków. Ceny około 25% niższe od zagranicznych.

*Lwów.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XV. Posiedzenie naukowe odbyło się w piątek 16. maja 1930 o godz. 6 wiecz. w sali Polikliniki. Porządek dzienny: 1. Prym. Dr. Lipiński: a) przypadek ascaridosis, rozpoznany jako meningitis tuberculosa. b) Przypadek ciężkiej stomatitis ulcerosa. 2. Prof. Dr. Stanisław Loria: O promieniowaniu. Pierwszy wykład z cyklu: „Leczenie energją promienną".

Zarząd Izby Lekarskiej lwowskiej urządził Wiec Lekarzy, który odbył się w sobotę, dnia 17 maja b. r. o godzinie 6 popołudniu w sali Rady miejskiej m. Lwowa, celem omówienia spraw podatkowych. Porządek obrad: 1. Zagajenie Wiecu przez Naczelnika Izby. 2. Upadek stanu ekonomicznego lekarzy a podatki — Ref. Prof. Dr. A. Cieszyński. 3. Nieco o podatku dochodowym. — Ref. Dr. K. Fliss. 4. Wnioski

*Łódź.*

Komitet Organizacyjny X Zjazdu Psychjatrów Polskich w Łodzi (łącznie z Wartą i Kochanówką) na dzień 7, 8, 9 czerwca 1930 r., zawiadamia, iż otwarcie zjazdu nastąpi dnia 7 czerwca o godz. 10,30 rano w Łodzi, w sali Rady Miejskiej (Pomorska 23) z programem następującym: Zagajenie — wybór Prezydjum Zjazdu. Powitanie uczestników zjazdu. Prof. J. Mazurkiewicz (Warszawa): Wspomnienie o ś. p. Radziwiłłowiczu. 1) Prof. S. Borowiecki (Poznań): Dziedziczenie u alkoholików. 2) Doc. M. Zieliński (Kraków): Konstytucja i Alkoholizm. 3) Doc. F. Wichert (Warszawa): Histopatologja układu nerwowego ośrodkowego w alkoholizmie. 4) Doc. M. Rose (Warszawa): Zmiany architegtoniczne w alkoholizmie. 5) Prof. Modrakowski (Warszawa): Farmakologiczne i toksykologiczne działanie w alkoholu. 6) Sew. Sterling (Łódź): Alkoholizm z punktu widzenia patologji ogólnej. 7) Prof. J. Piltz (Kraków): Alkohol w patologji chorób psychicznych. — Odczyty. Brunowa (Warszawa): Zestawienie statystyczne alkoholików kliniki psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego. Gawroński (Dziekanka): Alkoholizm u dziatwy i młodzieży, a szkoła. Wirszubski (Wilno): Alkoholizm u żydów. Przyjęcie uczestników Zjazdu przez Komitet Organizacyjny. Obrady popołudniowe w 1-ym dniu Zjazdu rozpoczynają się o godz. 16 i odbywają się w Sali Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego Ewangelicka Nr. 9.

Drugi dzień Zjazdu (Kochanówka). O godz. 9-ej rano (Odjazd z przystanku Kolejek Dojazdowych) zwiedzanie budowy żydowskiego Szpitala psychjatrycznego w Radogoszczu. Godz. 10,10 w „Kochanówce". A. Piotrowski (Dziekanka): Leczenie zakładowe alkoholików. S. Deresz (Tworki): Leczenie pozazakładowe alkoholików. Prof. W. Grzywo-Dąbrowski (Warszawa): Kryminologja alkoholików. Płk. J. Nelken (Warszawa): Ostre upicie się i jego znaczenie sądowo-lekarskie. — Odczyty. S. Skalski: Rola lekarza w walce z alkoholizmem. Mikulski: Neczaj Hruzewicz. Dwa lata pracy w przychodni przeciwalkoholowej. Markuszewicz (Warszawa): Rola popędu samozachowawczego w walce z alkoholizmem. Pedwiński (Wilno): Sylwetki alkoholików. Po przerwie obiadowej: Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego. Wieczorem teatr.

Trzeci dzień w Warcie. Godz. 7-ma rano wyjazd autobusami z placu Wolności, po drodze zwiedzenie kolonji dla psychicznie chorych w Glinnie. Godz. 8-ma rano wyjazd z Placu Wolności autobusami, dla osób nieżyczących sobie zwiedzać Kolonji. — Odczyty w Warcie: Becker (Otwock): Kwestja gruźlicy w Zakładzie Psychjatrycznym. Łuniewski: Ostre upicie in lege ferenda. Czas wygłaszania referatów 30 minut. Czas wygłaszania odczytów 20 minut. Udział w dyskusji 5 minut. Komitet Organizacyjny usilnie prosi o wcześniejsze zgłaszanie uczestnictwa celem umożliwienia zarezerwowania miejsc w hotelach ewetualnie na kwaterach prywatnych. Opłata za uczestnictwo wynosi: od członków Zł 20, osób towarzyszących Zł 10. Mieszkania w hotelach od 6—15 Zł za dobę od osoby. Zgłoszenie uczestnictwa i opłaty nadsyłać należy — Łódź Komitet Organizacyjny X Zjazdu Psychjatrów Polskich w Łodzi, Szpital „Kochanówka" poczta Łódź. Wieczorem dnia 6 i przez 7 czerwca na dworcach Łódzkich funkcjonować będą przez cały czas Zjazdu Biura Informacyjno-Kwaterunkowe. Sekretarjat Zjazdu w czasie trwania Zjazdu mieści się w Łódzkim Towarzystwie Lekarskim, Łódź, Ewangielicka Nr. 9. Sekr. Kom. Org. Dr. B. Fontarski.

*Poznań.*

VII. Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N łącznie z Tow. Dermatologicznem odbyło się w piątek, dnia 9 maja 1930 r. o godzinie 20,15 w sali wykładowej Kliniki Dermatologicznej U. P. (Szpital Miejski III piętro) z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu; 2) Pokazy; 3) Wykłady: a) Prof Dr. Karwowski i Dr. Pawłowski: O tak zwanem poronnem leczeniu kiły; b) Dr. Janczewski: Leczenie żylaków zastrzykami dożylnemi; c) Dr. Żabicki: Leczenie i zwalczanie tocznia; d) Dr Rosner: O powikłaniach posalwarsanowych na skórze.

*Z kraju.*

Towarzystwo Lekarzy Polskich byłej Galicji. Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji odbędzie się dnia 15 czerwca 1930 o godzinie 10-tej rano w Morszynie, koło Stryja. Porządek dzienny: 1. Sprawozdanie Rady Zawiadowczej z czynności za rok 1929. 2. Sprawozdanie Komisji Szkontrującej. 3. Wsparcia stałe i zapomogi. 4. Wybór członków nowej Rady Zawiadowczej. 5. Wnioski i interpelacje. Sekretarz: A. Sabatowski m. p. Prezes: R. Rencki m. p.

Tydzień Dziecka. Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem urządza od 26 do 31 maja r. b. w całej Rzeczypospolitej „Tydzień Dziecka". „Tydzień Dziecka" przyszedł do nas z Zachodu, z krajów zamożniejszych i odpowiednio uświadomionych. Już to jedno mówi, że dziecko rośnie tam w warunkach lepszych i normalniejszych. Nie znaczy to, aby Zachód nie znał dzieci opuszczonych,

dzieci ulicy, dzieci, trawionych przez gruźlicę i inne choroby, dzieci głuchoniemych, przestępnych, trudnych do prowadzenia i t. p. Jednak dzieci, potrzebujących opieki społecznej jest, niewątpliwie, mniej niż u nas. Pomimo to Zachód urządza „Tydzień Dziecka". I w tym czasie przypomina każdemu o najważniejszym obowiązku wobec własnego kraju, własnego narodu, o obowiązku opiekowania się dzieckiem. Nietylko tem opuszczonem, chorem, nieszczęśliwem, ale i zdrowem i dzieckiem salonu. Bo „Tydzień Dziecka" — to nie Tydzień Filantropji, dobroczynności, doraźnej pomocy — to nie zbiórka na rzecz biednych. „Tydzień Dziecka" — to jest przypomnienie obowiązku wobec dorastającego pokolenia — to zrozumienie praw dziecka, elementarnych praw do życia. „Tydzień Dziecka" — to nauka stwarzania dla dziecka — życia dziecięcego, warunków odpowiednich jego wymaganiom i przeżywaniom. Cały naród może przeżywać kryzysy gospodarcze, klęski powodzi, nieurodzajów, pożarów, ale obowiązkiem naszym jest pomóc dzieciom przetrwać te klęski najmniej boleśnie i z najmniejszym narażeniem życia i zdrowia. „Tydzień Dziecka" — to przypomnienie matce, — matce z salonu i matce z ubogiej izby, — że najważniejsza praca w domu — to praca nad dzieckiem, praca, wymagająca nietyle materjalnych środków, ile zrozumienia potrzeb dziecka i kierowania się miłością matczyną, i zrozumienia, że dziecko nie jest nigdy ciężarem, hańbą i zawadą, lecz radością. To nie ślamazarne roztkliwianie się i rozpieszczanie dziecka, a surowa konieczność zrozumienia dziecka i jego potrzeb. „Tydzień Dziecka" — to zrozumienie, że opieka nad dzieckiem zaczyna się od chwili urodzenia, i że chcąc dobrze opiekować się dzieckiem starszem, musimy dokładnie znać jego przeszłość i na tej zasadzie wnioskować o przyszłości. „Tydzień Dziecka" — to twierdzenie: jesteś takim, jaką była opieka nad tobą. Im lepsza opieka nad dziećmi, tem mniej więźniów. „Tydzień Dziecka — to walka z przesądami, znachorami, cygankami i złymi doradcami matek.

„Tydzień Dziecka" — to powtarzanie:

Karą i biciem jeszcze nikt nikogo nie wychował.

Obawa kary uczy dziecko kłamać i oszukiwać.

Bicie krzywdzi dziecko.

Pogoda i uśmiech są najlepszymi wychowawcami.

Dziecko odpłaca miłością za miłość, ufnością za ufność, urazą i niechęcią za złość i niesprawiedliwość. Wybieraj!?

1. Zapisz dziecko do Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem, jeśli chcesz mieć zdrowe dzieci. — 2. Każda kropla mleka kobiecego daje niemowlęciu zdrowie i siłę do zwalczania chorób. — 3. Alkohol — trucizna dla starszych — śmierć dla niemowląt. — 4. Kłopoty z dzieckiem w szkole są skutkami złego wychowania w wieku niemowlęctwa i przedszkola. — 5. Łatwiej i taniej zapobiegać niż leczyć. — 6. W brudzie mieszczą się zarazki chorób.

Tydzień Dziecka — to Święto Dziecka!!!

*Ze świata.*

VIII Międzynarodowy Zjazd historyków medycyny odbędzie się w Rzymie pod protektoratem króla włoskiego w dniach 22—27 września 1930 r.

Międzynarodowy Kongres Neurologiczny. W czasie od 31 sierpnia do 4 września 1931 r. odbędzie się w Bernie I-y Międzynarodowy Kongres Neurologiczny. Komitet Polski Kongresu tego zawiadamia, że zgłoszenia referatów i odczytów z zakresu neurologji i nauk pokrewnych kierować należy na ręce sekretarza Komitetu dra Władysława Sterlinga, Warszawa, Boduena 1.

Opieka nad matką i dzieckiem we Włoszech. Od 10 grudnia 1925 r. obowiązuje w Italji prawo specjalne o opiece nad macierzyństwem i dzieckiem. Związane jest ono ściśle z całokształtem ustawodawstwa, które ujęło w przepisy szczegółowe rozwój fizyczny i moralny narodu. Na mocy tego prawa rząd popiera wszelkiemi środkami, będącemi w jego dyspozycji, każdą inicjatywę prywatną, mającą na celu opiekę nad matką i dzieckiem. Wszelkie instytucje dobroczynne, w tej dziedzinie pracujące, są złączone celem koordynacji pracy w centralnem biurze w Rzymie. Dzięki temu różne organizacje lokalne uzyskały możność korzystania z dotacyj państwowych, inne znów podległy reorganizacji i dostosowaniu do wymagań prawnych. Na mocy tegoż prawa, kobiety mające zostać matkami, pracujące w biurach lub fabrykach, otrzymują urlop dwumiesięczny z zachowaniem płacy i gwarancją zatrzymania nadal miejsca pracy. Urlop może być przedłużony do trzech miesięcy na mocy orzeczenia władzy lekarskiej. Prawo dotyczy zarówno matek zamężnych, jak niezamężnych, które zobowiązują się wychowywać same swe dzieci. Ustawodawcy wychodzili z założenia, że opieka matki jest dziecku niezbędna i winna być zagwarantowana. Dotychczasowe dane wyrażają się liczbą około 18.000 dzieci, którym nowe prawo zapewniło opiekę własnych matek. Zorganizowano całą sieć obsługi hygieniczno-lekarskiej w formie porad przed i po urodzeniu dziecka, udzielanych przez instruktorki wędrowne, uczące pielęgnowania dzieci, oraz przez biura opieki o przeważnie kobiecym personalu. 18.904 sierót, względnie dzieci opuszczonych umieszczono dzięki szczegółowo zorganizowanej opiece bądź u rodzin wiejskich, bądź — w szkołach z internatami. Powstało w tym celu wiele nowych różnego typu fundacyj. Współpracuje w tej akcji Czerwony Krzyż włoski; Stowarzyszenie „Fasci Femminili" prowadzi od czerwca do października kolonie leczniczo-słoneczne dla dzieci słabych i delikatnych. W r. ub. specjalna komisja Ligi Narodów zaznajamiała się z całokształtem opieki nad matką i dzieckiem we Włoszech. Głównem źródłem funduszów, przeznaczonych na ten dział opieki społecznej jest podatek od stanu kawalerskiego.

Polonica w prasie zagranicznej. *La Médecine Scolaire* (Paris) podaje w zeszycie kwietniowym z 1930 r. początek artykułu Dr. Kopczyńskiego p. t. „Propaganda higjeny za pośrednictwem szkół". Jest to referat wygłoszony na Kongresie pedagogicznym w Genewie (28. VII. 29). Styczniowy zeszyt kwartalnika *The New Era* (London) poświęcono szkolnictwu polskiemu. W dziale „Wychowanie fizyczne" wydrukowano artykuły Dr. Kopczyńskiego p. t. „Higjena szkolna i ćwiczenia cielesne" oraz Sedlaczka p. t. „Ruch harcerski".

Nowy stop dentystyczny wynalazł R. C. Bromfield z Cooper Union w Nowym Yorku. Ma on być trzykrotnie silniejszy od stali służącej do budowy mostków. Z pośród około sześćdziesięciu stopów o różnej odporności, twardości i podatności jeden przeznaczony na klamry może utrzymać nacisk 9130 kg na 1 $cm^3$. Barwy zmieniają się zależnie od dodatków do złota. I tak, od 5% Pd stop bieleje, od Cu czerwienieje, od Pt i Ag bieleje w mniejszym stopniu aniżeli od Pd. Złota było w stopach od 60 do 90%. Profesor Bromfield podnosi, że do zbudowania uzębienia potrzeba takiejże znajomości mechaniki, jak do budowy mostku, czego w dotychczasowej praktyce dentystycznej brak. Prace jego mogłyby służyć jako podstawa nauczania, gdyby program szkół dentystycznych odpowiednio zmieniono.

Kongres higjeny psychicznej. W dniach 5—10 maja r. b. ma się odbyć w Waszyngtonie pierwszy światowy Kongres higjeny psychicznej. Kongres organizuje Towarzystwo higjeny psychicznej Stanów Zjednoczonych, założone z inicjatywy Clifford W. Beers'a autora głośnej książki p. t. „A mind that found itself", w dwudziestą rocznicę założenia towarzystwa. W Kongresie biorą udział przedstawicielstwa wszystkich niemal państw kuli ziemskiej, występujące z ramienia narodowych towarzystw higjeny psychicznej.

*Redakcja otrzymała:*

*Lévy Robert* „Réaction de Vernes a la résorcine et infection tuberculeuse (Evolutions-période latente). Vaccination par le B. C. G.". N. Maloine Paris 1929.

*Le monde médical,* nr. 768.

*W. Grzywo-Dąbrowski:* „Sprawozdanie z czynności Zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu warszawskiego za rok 1929". Odb. z Czasopisma Sadowo-lekarskiego, r. III, z. z r. 1930.

*S. Otolski:* „Przyczynek do poznania własności chemicznych piperazyny. Działalnie jodu i jodowodoru na piperazynę". odb. z Roczników chemji", rok 1930, tom 10. Warszawa, 1930.

*Sprawozdanie z działalności lwowskiego Towarzystwa Walki z Gruźlicą* za rok 1928.

*Le monde médical* nr. 769 z r. 1930.

*Edm. Lelesz i A. Przeździecka-Jedrzejowska* — „W sprawie konieczności kontroli oraz ujednostajnienia metod badania preparatów i produktów witaminowych". Odb. z dwutygodnika „Zdrowie", nr. 7—8 z r. 1930.

*Heymann E.:* „Die Chirurgie des Rückenmarks und seiner Häute". Jako zeszyt 27. wydawnictwa „Die Chirurgie". Urban und Schwarzenberg, Wien I. 1930.

*Bordeaux chirurgical.* Publication périodique trimestrielle. Nr. 1. Avril 1930.

*Sprawozdanie Zarządu Izby Lekarskiej w Krakowie za r. 1929*